**Сравнительная таблица стандартов аккредитации для медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Структурный элемент** | **Действующая редакция** | | | | | | **Предлагаемая редакция** | **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.** | | | | | | **1.0 УПРАВЛЯЮЩИЙ ОРГАН МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**  **Функции Управляющего органа (Наблюдательный Совет, Совет директоров, Совет учредителей) медицинской организации описываются в документах.** | Добавлен новый стандарт в связи с усилением координации деятельности медицинской организации, внедрения 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 | | | | | |
| 1.1 Структура и функции управляющего органа медицинской организации, включая делегированные высшему руководителю(-ям) медицинской организации полномочия, описаны в документах (Устав или иной документ). \*\* |  |
| 1.2 Члены Управляющего органа представляются по имени и должности в документах. \*\* |
| 1.2 В медицинской организации имеется определенный комплекс  этических норм, которыми она руководствуется при принятии  решений и определении правил поведения сотрудников. | | | | | | 1.3 Медицинская организация ежегодно оценивается в соответствии с порядком оценки работы руководителя(-лей) с критериями оценки руководителя(-лей) медицинской организации, утвержденным Управляющим органом \* |
| 1.3 Медицинская организация разрабатывает этические нормы,  охватывающие вопросы в отношении деятельности медицинской  организации и обслуживания пациентов. | | | | | | 1.4 Медицинская организация ежеквартально предоставляет Управляющему органу отчеты об основной деятельности, включая сведения о медицинских ошибках, жалобах, 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 в соответствии с 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. \*\* | 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. | 2.2 Коллективно разработанный документ для стратегического планирования деятельности организации утверждается управляющим органом. \*\* |  |
|  | 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. | 2.3 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 | | | | | 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. | 2.4 Руководство не реже чем один раз в квартал проводит мониторинг выполнения операционного плана работы (планов работы подразделений) и данных по индикаторам \*\* |  |
|  |  |  | | | | |  | 2.5 Руководство планирует бюджет и обеспечивает медицинскую организацию необходимыми ресурсами для реализации стратегических, операционных задач и исполнения протоколов диагностики и лечения. \*\* |  |
| 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 Руководство медицинской организации проводит системную, плановую работу по предупреждению рисков (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 | | | | | Руководитель медицинской организации имеет образование, квалификацию, стаж и опыт работы. | 4.2 В организационной структуре указывается лицо, осуществляющее контроль общего управления организацией и (или) лицо, осуществляющее контроль клинических вопросов. |
| 4.3 | | | | | В должностной инструкции руководителя медицинской организации ясно определена его роль, права и обязанности. | 4.3 В организационной структуре указывается лицо, осуществляющее контроль сестринского ухода; лицо, осуществляющее контроль качества и иные руководящие лица для реализации миссии организации. |
| 4.4 | | | | | Эффективность работы руководителя организации определяется достижениями в деятельности медицинской организации, отчет по исполнению запланированных мероприятий предоставляется в вышестоящую организацию. | 4.4 В организационной структуре указывается лицо, осуществляющее контроль сестринского ухода; лицо, осуществляющее контроль качества и иные руководящие лица для реализации миссии организации. |  |
| 4.5 | | | | | Функции и полномочия каждого структурного подразделения определены и доведены до сведения сотрудников. | 4.5 Деятельность структурных подразделений и сотрудников координируется через схему подчинения и взаимодействия, указанную в организационной структуре, которая при необходимости коллективно пересматривается.  Также координация между сотрудниками обеспечивается положением о подразделении (где указаны функции подразделения), должностными инструкциями сотрудников, правилами организации и работой комиссий в организации. |  |
| 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 правил 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 руководством Этический кодекс, регламентирующий 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 В медицинской организации создается Этическая комиссия для рассмотрения этических вопросов при оказании медицинской помощи \*\* |  |
|  |  | 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. | 5.4 В медицинской организации внедряется процесс выявления, своевременного анализа и принятия мер по этическим вопросам (решение прекратить или не продолжать лечение, отказ в лечении, предоставление лечения против желания пациента и другие ситуации в соответствии с требованиями законодательных актов Республики Казахстан \*\*\*) |  |
|  |  | 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. | 5.5 Сотрудники медицинской организации проходят обучение по вопросам этики. |  |
|  |  | 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, поощряет выявление инцидентов и системные меры по улучшению работы** | 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 Сотрудники и руководители медицинской организации проходят обучение определениям «культура безопасности», «инцидент», «потенциальная медицинская ошибка», «медицинская ошибка», «экстремальное событие» а также процессу сообщения и расследования инцидентов. \*\* |  |
|  |  | | 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 Медицинская организация обеспечивает страхование профессиональной ответственности медицинских работников с высоким риском судебных исков по вопросам профессиональной ответственности, выполняющие процедуры и операции высокого риска. \*\* |
|  |  | | 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 В медицинской организации внедрен процесс выявления инцидентов, документации в медицинской карте и анализа инцидентов. Для экстремальных событий проводится анализ корневых причин. |
|  |  | |  | | |  | |  |
|  |  | | 6.4 | | | Прибыли, убытки и расходы на услуги регулярно отслеживаются в сравнении с бюджетом и предоставляются руководству медицинской организации в виде ежемесячных финансовых отчетов. | | 6.4 Инциденты выявляются и сообщаются путем заполнения специальной формы, которая может подаваться ответственному лицу в организации или в ящики анонимно. Форма должна содержать сведения о дате, времени, месте инцидента, виде инцидента, степени причиненного пациенту вреда и обстоятельствах. Пациент или члены семьи информируются, если с пациентом произошла медицинская ошибка. \* |  |
|  |  | | 6.5 | | | Существует система внутреннего финансового контроля и аудита. | | 6.5 Руководством медицинской организации принимаются управленческие решения, направленные на системные, проактивные действия для повышения качества услуг \*\* |  |
|  |  | | 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, осуществляющее контроль координации мероприятий по улучшению качества и утвержден 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 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; 5. 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 расследованию в течение 45 дней с момента происшествия или выявления и сообщается ответственным сотрудником:   1. Управляющему органу медицинской организации в составе квартального отчета с указанием принятых мер;   пациентам для информирования (смотреть критерий 1.4) \*\* |
|  |  | | 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 Сотрудники медицинской организации 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 требованиями законодательных актов Республики Казахстан \*\*\*, внутренних политик и процедур медицинской организации.  Результаты аудита применяются для улучшения деятельности медицинской организации. \* |
|  |  | | 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 в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан \*\*\* и внутренними политиками, процедурами, утвержденными руководством медицинской организации.  Результаты анкетирования 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. | | 8.5 Проводится обзор клинических случаев и результаты обсуждаются в группах или в работе соответствующих комиссий и применяются для улучшения деятельности. |  |
|  |  | | 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 организации   1. 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 утверждается в виде документа (программа или правила) и включает следующие элементы \*:  1) цель, задачи, область применения документа;  2) образец реестра рисков и способ оценки рисков;  3) ответственность за управление рисками и функции управления рисками;  4) требования по обучению сотрудников;  5) виды рисков (стратегические, клинические, финансовые и прочие угрозы);  6) образец плана действий по устранению рисков и требование разработать действие на каждый значительный риск;  7) требование информировать заинтересованные стороны о рисках. |  |
|  |  | | 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. | | 9.2 Утвержденная программа (или процедура) по управлению рисками выполняется сотрудниками, которые участвуют в:  1) выявлении рисков (проблем);  2) сообщении о рисках;  3) оценке и определении приоритетности рисков;  4) анализе инцидентов (потенциальных медицинских ошибок, медицинских ошибок, экстремальных событий);  5) составлении и реализации плана действий. |
|  |  | | 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. | | 9.3 Руководители структурных подразделений и сотрудники знают о существующих рисках (проблемах) в своем подразделении. Источники информации о рисках – это инциденты, сотрудники, наблюдения, обзор документации, пациенты и члены их семьи. |  |
|  |  | | 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. | | 9.4 Медицинская организация проводит непрерывную оценку рисков (ежеквартально или чаще обновляется реестр рисков). \*\* |  |
|  |  | | 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. | | 9.5 Медицинская организация принимает меры по снижению или устранению рисков (составляется и постоянно обновляется план действий по снижению рисков, пока риски не будут устранены или снижены). \*\* |  |
|  |  | | 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. | |  |  |
| 10 | 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 мониторируют выполнение сотрудниками клинических протоколов диагностики и лечения, утвержденных на основании доказательной базы** | 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 Руководством медицинской организации проводится мониторинг применения клинических протоколов диагностики и лечения, основанных на доказательной медицине. |  |
|  |  | | 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. | | 10.2 При отсутствии утвержденных клинических протоколов диагностики и лечения, медицинская организация утверждает для внутреннего пользования адаптированные клинические протоколы диагностики и лечения, основанные на доказательной медицине, или инициирует их пересмотр или утверждение на национальном уровне. |
|  |  | | 10.3 | | | Медицинская организация разрабатывает и согласует с  государственными службами ЧС и ГО, местными органами  здравоохранения и другими службами план действий в случае  возникновения ЧС, например: стихийные бедствия, массовый  травматизм, вспышка заболеваний или военная агрессия,  включающий:  а) экстренное реагирование при возникновении ЧС;  б) координация ЧС с множественными жертвами. | | 10.3 Проводится ретроспективный и текущий аудит медицинских карт на предмет соответствия требованиям клинических протоколов диагностики и лечения, основанных на доказательной медицине. |  |
|  |  | | 10.4 | | | Медицинская организация планирует и проводит учения в  целях обеспечения непрерывности деятельности и  коммуникаций в случаях:  1) сбоя оборудования на подстанции или в салоне санитарной  машины;  2) неисправностей санитарного транспорта по пути  следования на место вызова и обратно;  3) сбоя электроэнергии и телефонной линии;  4) недоступности центрального пункта (диспетчерская). | | 10.4 Результат аудита медицинских карт оформляется в виде презентации с данными по исполнению отдельных требований клинического протокола диагностики и лечения. |  |
|  |  | | 10.5 | | | Системы жизнеобеспечения защищены резервным генератором и  достаточной подачей бесперебойной электроэнергии. | | 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. |  |
|  |  | | 10.6 | | | Медицинская организация снижает риск возникновения пожара  путем:  1) использования огнестойких строительных материалов,  таких как огнестойкая краска и мебель;  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 обозначенных надлежащим образом;  4) установки системы пожарной сигнализации и системы  оповещения;  использования техники и устройств, для ограничения  распространения пожара (противопожарные барьеры,  противопожарные стены, пожарные двери и аварийные  выключатели.). | |  |  |
|  |  | | 10.7 | 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, содержатся в рабочем  состоянии, тестируются в соответствии с программой  планово-предупредительного технического обслуживания,  полученные данные документируются. | | | |  |  |
|  |  | | 10.8 | 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 вовлекает пациентов, население и сотрудников в планирование оказания медицинских услуг и способствует доступности оказываемых услуг для населения.** | 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 | | | Организация содержит транспортные средства в надлежащем  состоянии, посредством:  1) проведения сервисного обслуживания и профилактического  осмотра в соответствии с рекомендациями производителя;  2) обеспечения чистоты и рабочего состояния транспортных  средств во время их эксплуатации;  3) регулярной проверки транспортных средств на выявление  дефектов, которые могут привести к травмам и несчастным  случаям;  4) выявления и устранения неисправностей транспортных  средств. | | 11.3 Медицинская организация имеет способ постоянного информирования населения об оказываемых услугах (веб-сайт), поддерживает обратную связь с населением через средства коммуникации (веб-сайт, социальные сети, телефон, call-центр). |
|  |  | | 11.4 | | | Имеется процедура обнаружения и оповещения выявленных  дефектов и неисправностей транспортных средств и  оборудования, включающая:  1) ведение журнала регистрации дефектов и неисправностей;  б) общепринятый бланк для подачи заявки персоналом на  ремонт или замену транспортного средства или оборудования;  2) достаточное количество расходных материалов для  проведения технического обслуживания и мелкого ремонта;  3) регулярный пересмотр запасных частей и деталей;  4) решения по списанию и утилизации не подлежащего ремонту  или устаревшего оборудования и транспортных средств, в  соответствии с установленными критериями;  5) 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. \*\* |
|  |  | | 11.5 | | | Имеются в наличии письменные договора с подрядчиками,  обеспечивающими поставки, технические услуги, услуги  11.5  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 Для учета потребностей населения в медицинских услугах, медицинская организация вовлекает пациентов, население и сотрудников в планирование оказания медицинских услуг. |  |
|  |  | | 11.6 | | | Медицинская организация обеспечивает безопасную и  правильную эксплуатацию оборудования и транспортных  средств посредством того, что:  1) все сотрудники, эксплуатирующие как новые, так и  имеющиеся оборудование и медицинские приборы, проходят  обучение по безопасной эксплуатации и техническому  обслуживанию;  2) того, что к эксплуатации специализированным  оборудованием (например, дефибрилляторы, ЭКГ аппараты и  электрические насосы, респираторы и др.) допускаются  квалифицированные специалисты, имеющие необходимые знания,  навыки и свидетельства;  3) имеется в наличии и доступны для персонала правила по  технике безопасности и инструкции по диагностическому и  другому медицинскому оборудованию. | |  |  |
|  |  | | **Поставки** | | | | |  |  |
|  |  | | 11.7 | | | Внедрена и используется система управления материалами,  которая обеспечивает:  1) оценку потребностей в клинических и неклинических  материалах для каждого транспортного средства и выездной  бригады;  2) установление уровней запасов для удовлетворения  оцененных потребностей и уровня, который обеспечивает  наличие материалов при минимизации запасов материальных  средств и расходов на обработку;  3) каждый прием и отпуск материалов должен фиксироваться,  и должен проводиться мониторинг уровня запасов;  4) белье и другой мягкий инвентарь должны быть в  надлежащем состоянии;  5) материалы должны меняться в соответствии с требованиями  НПА;  6) материалы должны храниться на полках, в сухих и  безопасных условиях. | |  |  |
|  |  | | 11.8 | | | Обеспечение моющими, дезинфицирующими средствами и  антибактериальным гелем для рук способствует эффективному  соблюдению санитарных требований и профилактике  заболеваний. | |  |  |
|  |  | | **Фармацевтические поставки** | | | | |  |  |
|  |  | | 11.9 | | | 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. | |  |  |
|  |  | | 11.10 | | | 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. | |  |  |
|  |  | | 11.11 | | | Медикаменты хранятся в безопасных и надлежащих условиях в  соответствии с групповой принадлежностью:  1) защищены от неблагоприятного воздействия света, влаги и  экстремальных температур;  2) защищены от вредителей;  в) при достаточной вентиляции;.  3) безопасно транспортируются во избежание проливания и  повреждения. | |  |  |
|  |  | | 11.12 | | | Весь санитарный автотранспорт и подстанции скорой помощи  обеспечиваются:  1) аптечкой с медикаментами, инструментами и  лекарственными препаратами для оказания помощи при  анафилактическом шоке и оказания другой экстренной  медицинской помощи;  2) инструкцией по оказанию экстренной медицинской помощи.  См. приложение 1 «Список оборудования и материалов для  машин скорой помощи». | |  |  |
| 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 |
|  |  | | 12.1 | | | Существует 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 подъемными 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, рабочими станциями  и обучение приемам снижения утомляемости для профилактики  получения травм. | | 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;  4) процесс клинического консультирования бригад, который  включает в себя обсуждение критической ситуации в случае  необходимости. | | 12.2 Бюджет соответствует поставленным задачам в стратегическом и операционном (годовом) плане работы медицинской организации (смотреть критерии 2.2 и 2.3.) |  |
|  |  | | 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. | | 12.3 Бюджет обеспечивает медицинскую организацию необходимыми ресурсами для осуществления деятельности и пересматривается в соответствии с утвержденными руководством медицинской организации политиками и процедурами. (смотреть критерий 2.5). |  |
|  |  | | 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. | | 12.4 Для экстренного приобретения лекарственных средств и изделий медицинского назначения, отсутствующих в медицинской организации, существует процесс (договор) их срочного приобретения в круглосуточном режиме. \*\* |  |
|  |  | | **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. | | 12.5 Медицинские услуги, осуществляемые на платной основе, оказываются на основании утвержденного прейскуранта цен, доступного населению. \*\* |  |
|  |  | | 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). | |  |  |
|  |  | | **Инциденты, несчастные случаи и неблагоприятные события** | | | | |  |  |
|  |  | | 12.9 | | | 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. | |  |  |
|  |  | | 12.10 | | | 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. | |  |  |
| 13 | Стандарт 13.0 | | **13.0**  **ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ**  **Организация проводит контроль и профилактику инфекционных**  **заболеваний.** | | | | | **13.0 ФИНАНСОВЫЙ АУДИТ**  **Управление ресурсами организации проводится согласно законодательным актам Республики Казахстан** \*\*\***и внутренним политикам и процедурам.** | 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 | | | 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. | | 13.1 Существует система или процесс внутреннего финансового контроля. |  |
|  |  | | 13.2 | | | 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. | | 13.2 Внешний финансовый аудит проводится согласно **з**аконодательным актам Республики Казахстан \*\*\* |
|  |  | | 13.3 | | | 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. | | 13.3 Руководитель организации проводит мониторинг финансового статуса организации (финансовые отчеты или сведения о выполнении операционного или производственного плана). |
|  |  | | 13.4 | | | 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. | | 13.4 Бухгалтерский учет ведется с применением признанных автоматизированных программ. |
|  |  | | 13.5 | | | Проводятся регулярные обзоры клинических и параклинических  практик для анализа рисков инфекции, методов инфекционного  контроля и потребностей персонала в обучении, включающие:  1) обходы;  2) изучение амбулаторных 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. | | 13.5 Отчеты своевременно направляются в налоговые органы и органы государственной статистики. |
|  |  | | 13.6 | | | 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. | |  |
|  |  | | 13.7 | | | Медицинский персонал работает с соответствующими  инстанциями и общественностью 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. | |  |
|  |  | | 13.8 | | | 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 предосторожности и процедуры относительно  передачи инфекций;  4) политики, процедуры, руководства и принципы  инфекционного контроля. | |  |
|  |  | | 13.9 | | 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. | | |  |  |
|  |  | | 13.10 | | Стандартные инструкции и диаграммы по мытью и  дезинфицированию рук размещены во всех отделениях и в  местах пребывания пациентов и над умывальниками. | | |  |  |
|  |  | | 13.11 | | Персонал следует документированным процедурам и графикам в  целях:  1) предоставления безопасной и соответственной очистки  всех поверхностей;  2) очистки, дезинфекции и стерилизации оборудования,  материалов и медицинских приборов в соответствии с  инструкциями производителя. | | |  |  |
|  |  | | 13.12 | | Коэффициент внутрибольничных инфекций:  1) оценивается за определенный период времени  2) анализируется для возможных действий  3) доступен и предоставляется во время аккредитационного  обследования. | | |  |  |
|  |  | | 13.13 | | 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. | | |  |  |
|  |  | | 13.14 | | 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** | | | | | | | | |
|  |  | | 13.15 | | Помещения и санитарный автотранспорт должны содержаться  чистыми и свободными от мусора и других отходов, а также  иметь достаточное количество закрывающихся мусорных  контейнеров для пациентов и персонала. | | |  |  |
|  |  | | 13.16 | | Отходы собираются, сортируются и хранятся по видам отходов  в мусорных 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. | | |  |  |
|  |  | | 13.17 | | 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. | | |  |  |
| 14 | Стандарт 14.0 | | **14.0 ПРАВА ПАЦИЕНТА И СЕМЬИ**  **Медицинская организация защищает и обеспечивает права**  **своих пациентов и их семей во время транспортировки,**  **лечения и ухода.** | | | | | **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 | | | Информация о правах и обязанностях пациента и семьи  размещена в служебных помещениях на государственном и  русском языках и включает право пациента 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/обращения. | | 14.1 Проводится дифференцированная оплата труда сотрудников медицинской организации в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан \*\* \*\*\* |  |
|  |  | | 14.2 | | | В медицинской организации имеется процедура:  1) обучения персонала по правам пациента и семьи;  2) мониторинга знаний и соблюдения персоналом прав  пациента и семьи;  3) неотложного и эффективного расследования и разрешения  предполагаемых случаев нарушения прав пациента. | | 14.2 Система дифференцированной оплаты труда основывается на индикаторах. |
|  |  | | 14.3 | | | 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  14.3 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. | | 14.3 Периодически проводится определение производительности работников в соответствии с утвержденными критериями для дифференцированной оплаты труда. \*\* |
|  | **Информация для пациентов и получение их согласия** | | | | | | | |  | Оплата труда сотрудникам, перечисления в пенсионный фонд и другие обязательные отчисления осуществляются своевременно. \*\* |
|  |  | | 14.4 | | | Пациентам и их семьям предоставляется адекватная  информация в доступной форме:  1) о состоянии здоровья пациента;  2) о предлагаемых анализах, лечении или транспортировке;  3) о рисках и преимуществах любого лечения или процедур,  связанных  с высоким риском;  4) о существующих альтернативах. | | 14.4 Оплата труда сотрудникам, перечисления в пенсионный фонд и другие обязательные отчисления осуществляются своевременно. \*\* |
|  |  | | 14.5 | | | После представления информации необходимо получить  согласие пациента в соответствии с НПА, заверенное его  подписью:  1) при первом контакте для проведения анализов, лечения  или транспортировки;  2) специально и отдельно для процедур, связанных с  высоким риском или побочными эффектами;  3) информированное согласие для таких процедур, как  участие в клиническом исследовании, в тестировании  лекарственных средств или новых медицинских технологий,  документируется в карте вызова пациента. | | 14.5 Оплата труда сотрудникам осуществляется на основе утвержденной руководством медицинской организацией организационной структуры, штатного расписания и в рамках системы дифференцированной оплаты труда. \*\* |  |
|  |  | | 14.8 | | | Персонал руководствуется политикой и процедурами по  обращению с пациентом при определенных состояниях его  здоровья, имеющих критические сроки, что включает  следующие пункты:  1) когда следует начинать и останавливать реанимационные  мероприятия;  2) когда пациенты отказываются (при жизни) от проведения  реанимации или от аппаратов по жизнеобеспечению;  3) обращение с умершими пациентами;  4) транспортировка потенциальных доноров органов с  отсутствием признаков жизни (в соответствии с политикой  уполномоченного органа);  5) уважение выбора пациента и семьи о донации своих  органов или других тканей. | |  |  |
|  | **Порядок подачи обращений пациентом** | | | | | | | | |
|  |  | | 14.9 | | | 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. | |  |  |
|  |  | | 14.10 | | | 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. | |  |  |
|  |  | | 14.11 | | | Обращения заносятся в журнал регистрации, мониторируется  процесс работы с обращениями, и результаты используются  для повышения качества. | |  |  |
|  | **Отзывы пациентов** | | | | | | | |  |
|  |  | | 14.12 | | | 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. | |  |  |
| 15 | Стандарт 15.0 | | 15.0 | | | **15.0 ДОСТУП К МЕДИЦИНСКОМУ ОБСЛУЖИВАНИЮ, ОЦЕНКА И**  **ПЛАНИРОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ И УХОДА**  **Потребности пациента удовлетворяются своевременно,**  **предоставляется обоснованная транспортировка, лечение и**  **уход за пациентом.** | | **15.0 ИНФОРМАЦИОННОЕ УПРАВЛЕНИЕ**  **Созданы 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 | | | Доступность услуг медицинской организации для населения  осуществляется путем:  1) предоставления полной контактной информации справочным  службам;  2) информирования населения, соответствующих служб и  других медицинских организаций о порядке получения скорой  медицинской помощи в соответствии с категориями  срочности;  3) установления процессов реагирования на запросы  общественности и СМИ;  4) налаживания тесного взаимодействия с аварийными  службами. | | 15.1 В медицинской организации имеется достаточное количество технических устройств для работы с медицинской и административной информацией. |  |
|  |  | | 15.2 | | | В первой точке контакта, пациент:  1) проходит осмотр/обследование с целью оценки его  состояния для определения приемлемости услуг организации;  15.2 2) затем направляется или госпитализируется в более  подходящую службу;  3) получает необходимую ему помощь. | | 15.2 Руководство обеспечивает доступ медицинских работников к сети интернет для получения своевременной информации, необходимой в работе. |  |
|  |  | | 15.3 | | | Процедура триажа (сортировки) либо осмотра на месте  вызова осуществляется медицинским персоналом с  использованием, при необходимости, утвержденных тестов,  что включает:  1) физический осмотр и сбор анамнеза заболевания;  2) оценка физического, эмоционального и психического  состояния пациента;  3) документирование результатов осмотра и оценки на месте  вызова или при транспортировке в карте вызова пациента с  целью обеспечения доступности данных результатов для  последующего осуществления ухода за пациентом. | | 15.3 Руководство организации обеспечивает доступность действующих актов Республики Казахстан. |  |
|  |  | | 15.4 | | | Результаты осмотра используются для:  1) приоритизации лечения в соответствии с  неотложностью/экстренностью ситуации;  2) выбора наилучших условий и места для осуществления  лечения и ухода, например: ожоговое, родильное,  хирургическое отделения и др.  3) оценки потребности в дополнительных ресурсах и запроса  при необходимости на месте инцидента;  4) приоритизации пациента для транспортировки в  надлежащую организацию здравоохранения;  5) проведения оценки пациента на наличие показаний для  лечения и транспортировки в соответствии с протоколами  организации. | | 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 | | | Лечение и транспортировка планируются:  1) в соответствии с оценкой и неотложностью состояния  пациента, на основании проведенного обследования;  2) в соответствии с клиническими руководствами и  протоколами, основанными на научных доказательствах;  3) для вовлечения пациента и его семьи, по возможности с  учетом их предпочтения и выбора. | | 15.5 Медицинская организация использует стандартный процесс управления документацией, и документы хранятся в папках в соответствии с номенклатурой дел. |  |
|  |  | | 15.6 | | Пациенты подвергаются повторному осмотру через  определенные промежутки времени, требуемые состоянием  пациента во время лечения и при транспортировке, с целью:  1) определения их реакции на лечение и облегчения боли:  2) планирования непрерывного лечения;  3) результаты повторной оценки документируются в карте  пациента. | | |  |  |
| 16 | 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 | | | Транспортировка, уход и лечение осуществляется в  соответствии с планом ухода, клиническими руководствами и  протоколами с учетом того, что:  1) все вовлеченные лица в процесс осуществления лечения и  ухода за пациентом ознакомлены с планом лечения и ухода;  2) услуги оказываются своевременно и с согласованной  периодичностью;  3) используются надлежащие методы и оборудование. | | 16.1 Определяются уровни доступа персонала к информации. \* |  |
|  |  | | 16.2 | | | Квалифицированные лица:  1) несут ответственность за весь процесс лечения и ухода  за пациентом на каждом его этапе;  2) зарекомендовали себя как ответственные сотрудники;  3) документируют весь процесс лечения и ухода в карте  вызова пациента. | | 16.2 Информация на бумажном и электронном носителях защищается от повреждения, утери и неавторизированного доступа. \* |  |
|  |  | | 16.3 | | | При осуществлении лечения и ухода за пациентами, имеющими  высокий риск, персонал руководствуется политикой и  процедурами, что включает:  1) лечение и уход за пациентами в критическом состоянии;  2) применение реанимационных пособий;  3) уход за пациентами, которые подключены к аппаратам  жизнеобеспечения или находятся в коме;  4) уход за пациентами с инфекционными болезнями и  пациентами с пониженным иммунитетом;  5) использование механических средств  удерживания/фиксации и уход за пациентами с такими  средствами;  6) уход за уязвимыми категориями пациентов (престарелые,  инвалиды и дети). | | 16.3 По требованиям законодательных актов Республики Казахстан \*\*\* в медицинской организации обеспечивается конфиденциальность информации о пациенте. \* |  |
|  |  | | 16.4 | | | Умеренная или глубокая седация и обезболивание проводится  при необходимости, квалифицированным и обученным  клиническим персоналом:  1) с использованием соответствующего контрольного  оборудования;  2) мониторинг признаков жизнедеятельности:  частота и ритм сердцебиения и пульсоксиметрия;  частота дыхания и адекватность легочной вентиляции;  артериальное давление;  3) документирование результатов мониторинга. | | 16.4 Персонал обучается требованиям по защите и неразглашению конфиденциальной информации. |  |
|  |  | | 16.5 | | | При проведении инвазивных процедур:  1) психологическое состояние пациента непрерывно  мониторируется во время и сразу же после процедуры;  2) информация о данных процедурах и лицах, проводивших  их, а также полученные результаты фиксируются в карте  вызова пациента. | | 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 | | | Введение лекарственных препаратов:  1) назначаются индивидуально для каждого пациента;  2) фиксируется наименование лекарственного средства, доза  и способ введения, в том числе введение каждой дозы;  3) мониторируется влияние лекарственных средств на  пациента;  4) побочные эффекты фиксируются в карте вызова пациента и  своевременно доводятся до сведения ответственных лиц, с  использованием установленного процесса. | |  |  |
|  |  | | 16.7 | | | Динамика состояния пациента в достижении целей и  ожидаемых результатов в его плане лечения:  1) регулярно отслеживается в координации с пациентом и  его семьей;  2) измеряется с использованием количественных и  качественных методов оценки;  3) заносится в медицинскую карту пациента. | |  |  |
|  |  | | 16.8 | | | План лечения и ухода пересматривается в соответствии с  результатами повторной оценки и прогресса достижения  ожидаемых результатов и:  1) обновляется категория срочности в соответствии с  состоянием пациента;  2) при необходимости пересматриваются цели и ожидаемые  результаты, схемы и сроки лечения. | |  |  |
|  | **Окончание обслуживания** | | | | | | | | |
|  |  | | 16.9 | | | Документированный процесс для перемещения пациентов из  места вызова в медицинскую организацию, между  организациями или в определенных случаях домой,  соблюдается персоналом, и:  1) основан на потребностях пациента в получении  непрерывного лечения и ухода;  2) рассматривает передачу ответственности на другую  медицинскую организацию или в другие условия;  3) включает критерии целесообразности перемещения;  4) определяет ответственное лицо во время перемещения;  5) включает соответствующего квалифицированного  сотрудника, проводящего мониторинг состояния пациента;  6) определяет, когда перемещение не возможно. | |  |  |
|  |  | | 16.10 | | | Непрерывность ухода поддерживается во время  доставки/транспортировки пациента в медицинскую  организацию, посредством:  1) предоставления всей информации и подкрепляющей  сопроводительной документации пациента для принимающей  организации здравоохранения;  2) заблаговременное оповещение принимающей организации  здравоохранения о прибытии или передаче всех пациентов,  находящихся в предсмертном состоянии;  3) предоставления принимающей медицинской организации  устной информации о пациенте медицинским персоналом,  подкрепленной сопроводительным листом к карте вызова  пациента, содержащей:  причину госпитализации;  личную информацию о пациенте;  признаки и симптомы;  анамнез заболевания и аллергический анамнез;  наблюдения и основные показатели состояния  организма/записи;  примененные лекарственные средства и лечение, результаты  лечения;  состояние пациента во время перемещения. | |  |  |
|  |  | | 16.11 | | | Во время передачи пациента в другую организацию  здравоохранения, бригада скорой помощи забирает от  направляющей организации клиническое резюме или выписку  из медицинской документации, которая:  1) передается вместе с пациентом и  2) содержит информацию о:  состоянии пациента;  проведенных процедурах и вмешательствах;  потребности пациента в непрерывном уходе. | |  |  |
|  |  | | 16.12 | | | Персонал удовлетворяет потребности умирающих пациентов  посредством:  1) помощи в управлении их болью и симптомами;  2) осуществления ухода с уважением и состраданием;  3) работы совместно с другими специалистами и  организациями здравоохранения, вовлеченными в процесс  ухода за пациентом;  4) уважительного отношения к решениям пациента;  5) принятия во внимание их духовных и культурных  потребностей;  6) понимания политики организации в отношении  приостановки услуг по реанимации или воздержания, и  приостановки лечения по поддержанию жизнедеятельности;  7) обеспечения поддержки пациентов и семей. | |  |  |
|  |  | | 16.13 | | | Организация разрабатывает и внедряет определенный  протокол по обращению с пациентом, скончавшимся на месте  инцидента или во время его транспортировки в машине  скорой помощи, в котором оговаривается:  1) кто имеет право признать смерть пациента;  2) можно ли перевозить умершего пациента. | |  |  |
|  |  | | 16.14 | | | Решение о лечении и транспортировке, или решение об  отсутствии показаний для лечения и транспортировки  пациента, принимаются:  1) на основании критериев организации и путем обучения  персонала;  2) путем подтверждения того, что пациент дееспособен и  понимает свои потребности в уходе;  3) путем обеспечения физической и клинической  безопасности пациента. | |  |  |
|  |  | | 16.15 | | | Коэффициент неблагоприятных явлений при транспортировке  пациентов между медицинскими учреждениями:  1) оценивается за определенный период времени;  2) анализируется для возможных действий;  3) доступен и предоставляется во время аккредитационного  обследования. | |  |  |
|  |  | | 16.16 | | | Коэффициент ошибок при проведении реанимационных  мероприятий:  1) оценивается за определенный период времени;  2) анализируется для возможных действий;  3) доступен и предоставляется во время аккредитационного  обследования. | |  |  |
|  |  | | 16.17 | | | Коэффициент ошибок, связанных с анестезией или седацией:  1) оценивается за определенный период времени;  2) анализируется для возможных действий;  3) доступен и предоставляется во время аккредитационного  обследования. | |  |  |
| 17 | Стандарт 17.0 | | 17.0 | | | **17.0 КАРТА ВЫЗОВА**  **Медицинская карта вызова пациента содержит**  **действительные, точные и всесторонние данные по**  **обеспечению безопасного и непрерывного лечения и ухода.** | | **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 | | | Персонал следует документированному процессу управления  медицинскими записями о пациентах, включающему:  1) запись информации, включая присвоение пациентам  уникального идентификатора;  2) использование только общеизвестных символов и  сокращений;  3) поддержание стандартного формата с целью облегчения  поиска информации в медицинских записях;  4) определение минимального содержания медицинской карты;  5) своевременное оформление медицинской документации  медицинскими сотрудниками;  6) хранение, защиту, восстановление и архивирование  медицинской документации пациента. | | 17.1 Определяется порядок разработки, согласования, утверждения и оформления, пересмотра политик и процедур организации. \* |  |
|  |  | | 17.2 | | | У каждого пациента имеется единая медицинская карта  вызова со всей информацией от мультидисциплинарной  бригады, в хронологическом порядке, благодаря которой  возможна эффективная коммуникация и преемственность  оказания медицинской помощи, что включает:  1) лечить и оставить на месте вызова при отсутствии  показаний для дальнейшего лечения и транспортировки;  2) описание физического и клинического состояния  пациента;  3) определение способности пациента принимать адекватные  решения;  4) проведенное лечение;  5) необходимость в последующем наблюдении, если  требуется;  6) варианты последующего наблюдения, в том числе повторно  связаться с бригадой скорой помощи;  7) причина не лечения или незавершенного лечения. | | 17.2 Составляется и обновляется список всех действующих внутренних политик и процедур организации. \*\* |  |
|  |  | | 17.3 | | | Все записи в карте вызова пациента, включая изменения,  вносятся только лицами, уполномоченными организацией:  1) разборчивы;  2) на бумаге или в электронной форме;  3) объективны и основаны на фактах, с использованием  признанных аббревиатур;  4) датированы и своевременны;  5) подписаны, с указанием имени и должности;  6) включают время соответствующих событий. | | 17.3 Руководство организации обеспечивает доступность для персонала действующих политик и процедур организации. |  |
|  |  | | 17.4 | | | В карте вызова четко отражены записи, предупреждающие  персонал о неблагоприятном фоне у пациента, таком как  аллергический анамнез, неблагоприятные реакции на  лекарственные средства, радиоактивная опасность и риск  заражения. | | 17.4 Проводится обучение сотрудников медицинской организации утвержденным политикам и процедурам |  |
|  |  | | 17.5 | | | В карте вызова пациента (приложение 2) должно быть  свидетельство о реализации плана лечения и ухода за  пациентом в соответствии с протоколом/алгоритмом  диагностики и лечения, включающее:  1) наблюдение и результаты мониторинга;  2) детали и результаты вмешательств;  3) предоставленная информация и полученное согласие;  4) любые изменения в состоянии пациента;  5) реакции на лечение и уход;  6) любые потенциально опасные происшествия, инциденты или  неблагоприятные события, например, побочные эффекты  лекарственных препаратов. | | 17.5 Сотрудники осуществляют свою деятельность в соответствии с утвержденными руководством медицинской организации политиками и процедурами |  |
|  |  | | 17.6 | | | В медицинской карте вызова пациента должна быть сохранена  копия информации о медицинских услугах,  1) предоставленных и полученных от других медицинских  организаций после направления и транспортировки пациентов  или  2) по завершению обслуживания пациента. | |  |  |
|  |  | | 17.7 | | | Регулярные проверки медицинской карты запланированы и  проводятся в целях рассмотрения полноты, точности и  своевременного заполнения информации. | |  |  |
|  |  | | 17.8 | | | Коэффициент ошибок, связанных с медицинской документацией  пациентов:  1) оценивается за определенный период времени;  2) анализируется для возможных действий;  3) доступен и предоставляется во время аккредитационного  обследования. | |  |  |
|  |  | | 17.9 | | | Коэффициент проведенных аудитов (службой внутреннего  аудита):  1) оценивается за определенный период времени;  2) анализируется для возможных действий;  3) доступен и предоставляется во время аккредитационного  обследования. | |  |  |
|  |  | | 17.10 | | | Коэффициент идентификации пациентов:  1) оценивается за определенный период времени;  2) анализируется для возможных действий;  3) доступен и предоставляется во время аккредитационного  обследования. | |  |  |
| 18 | Стандарт 18.0 | | 18.0 | | | **18.0 КАЧЕСТВО ЛЕЧЕНИЯ И УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ**  **Организация постоянно отслеживает, оценивает и улучшает**  **свои клинические процессы и результаты, а также процессы**  **и результаты, связанные с уходом за пациентом.** | | **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 | | | По всем лечебно-профилактическим процедурам имеются  стандартные процедуры, клинические руководства, протоколы  и алгоритмы, которые:  1) разрабатываются на основании научных исследований и  доказательств;  2) утверждаются руководителем медицинской организации;  3) используются для обучения и проведения аттестации  персонала по выполнению процедуры;  4) выполняется назначенным персоналом. | | 18.1 В медицинских картах применяются утвержденные уполномоченным органом либо медицинской организацией формы медицинской документации и определено, какие сотрудники имеют право вносить записи в медицинскую карту. \* |  |
|  |  | | 18.2 | | | Проверяется клиническое качество, а также результаты,  примененные для улучшения путем использования:  1) графика экспертиз медицинских карт больного для оценки  соответствия стандартам, стратегиям и процедурам;  2) разбора случаев, подлежащих обязательной экспертизе в  соответствии с нормативными актами. | | 18.2 Все проведенные процедуры, методы лечения, каждая доза принятого лекарственного средства своевременно документируются в медицинской карте пациента. \* |  |
|  |  | | 18.3 | | | Лечение и уход за пациентом отслеживается наряду с  результатами, используемыми для улучшения, по крайней  мере, для следующих аспектов:  1) время реагирования на вызов;  2) время реагирования машины скорой помощи;  3) оценка пациента;  4) инвазивные процедуры;  5) использование анестезии, седативных средств и других  процессов, связанных с высоким риском;  6) введение кровезаменителей;  7) наличие, содержание и использование медицинской карты  вызова пациента;  8) инфекционный контроль, наблюдение и отчетность;  и) ошибки в назначении лекарственных препаратов и  неблагоприятные реакции на лекарства, повторные звонки от  одного и того же пациента в течение дня, что указывает на  несвоевременное реагирование на вызов и неадекватное  лечение пациента. | | 18.3 Каждая запись в медицинской карте подписывается автором записи и включает дату и время. \* |  |
|  |  | | 18.4 | | | Внедрен процесс по выявлению ошибок при назначении  лекарственных 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 улучшения  качества с целью снижения уровня ошибок при назначении и  использовании лекарственных препаратов | | 18.4 В медицинских картах используются аббревиатуры, символы только из утвержденного списка и записи ясны, читабельны для пользователей. \* |  |
|  |  | | 18.5 | | | В медицинской организации создана формулярная комиссия в  целях проверки эффективности и мониторинга использования  лекарственных препаратов в лечении пациентов. | | 18.5 Содержание медицинской карты стандартизуется. Проводится аудит качества, своевременности и полноты записей в медицинских картах. (смотреть критерий 8.3) \* |  |
|  |  | | 18.6 | | | Индикаторы эффективности по ключевым клиническим  процессам и процесса ухода за пациентами, таких как,  время ожидания, процент повторных вызовов, ошибки в  назначении лекарственных препаратов, уровни инфекции:  1) определяются на непрерывной основе;  2) измеряются с согласованной частотой;  3) сообщаются в соответственные комитеты, а также  менеджерам и персоналу;  4) там, где это возможно, они сравниваются с исходными  данными с течением времени и среди подобных услуг;  5) а также используются для повышения качества. | |  |  |
|  |  | | 18.7 | | | Коэффициент ошибок при применении лекарственных  препаратов (неверное лекарство, неверная доза, неверное  введение):  1) оценивается за определенный период времени;  2) анализируется для возможных действий;  3) доступен и предоставляется во время аккредитационного  обследования. | |  |  |
| 19 | Стандарт 19.0 | | 19.0 | | | **19.0 КОММУНИКАЦИОНЫЕ ЦЕНТРЫ НЕОТЛОЖНОЙ/СКОРОЙ**  **ПОМОЩИ**  **Коммуникационные центры неотложной/скорой медицинской**  **помощи эффективно поддерживают реагирование службы**  **скорой/неотложной помощи на инциденты и необходимость**  **транспортировки пациентов.** | | **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 | | | Организация разрабатывает и регулярно проводит  мониторинг плана, который включает в себя:  1) идентификацию областей реагирования и наличия средств  реагирования;  2) охватывание периодов максимальной нагрузки;  3) реагирование на инциденты с большим количеством жертв  и катастрофы;  4) координацию критических инцидентов;  5) предоставление исчерпывающей интегрированной  24-часовой коммуникационной системы. | | 19.1 Первый руководитель организации отвечает за достоверность публикуемых и предоставляемых во внешние организации данных. |  |
|  |  | | 19,2 | | | План включает в себя определенный процесс для того,  чтобы четко категорировать вызовы согласно уровню  реагирования и категории срочности и:  1) разрабатывается коммуникационным центром для каждого  запроса на услугу;  2) категорирует все вызовы службы (на этапе диспетчера  «103»);  в) предоставляется в единый общественный диспетчерский  пункт реагирования;  3) подвергается мониторингу. | | 19.2 Сотрудники, проводящие проверку достоверности (валидацию) данных, обучаются методике валидации данных. |  |
|  |  | | 19.3 | | | План включает в себя стандарты по времени реагирования,  которые:  1) соответствуют законодательству и нормативам;  2) охватывают различные области предоставления услуг;  3) охватывают различные диспетчерские категории;  4) охватывают время ожидания вызова;  5) подвергаются мониторингу с использованием единых  часов либо регулярно синхронизированных часов. | | 19.3 При разработке новых индикаторов проводится проверка достоверности (валидация) данных вторым лицом. \* |  |
|  |  | | 19.4 | | | Коммуникационный центр использует процесс для получения  и документирования информации о заявках на  предоставление услуг, который включает в себя  фиксирование:  1) номера телефона для обратной связи с вызывающим  лицом;  2) адреса инцидента или необходимой услуги;  3) повода для вызова или сути запроса или жалобы;  4) того, что запрос является экстренным или неотложным;  5) инструкций;  6) необходимости содействия от любой другой организации. | | 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 | | | Прямые, срочные коммуникации поддерживаются постоянно  между:  1) диспетчером и звонящим лицом;  2) диспетчером и бригадой скорой помощи. | | 19.5 В медицинской организации определены ответственные лица по статистическому анализу собираемых данных и своевременному предоставлению их заинтересованным сторонам |  |
|  |  | | 19.6 | | | У коммуникационного центра есть возможность  координировать медицинский и другой персонал (включая  при необходимости тех, кто предоставлен больницей или  19.6  другим оператором) и вид транспорта, необходимого для  трансфера:  1) критических/экстренных пациентов из одной организации  здравоохранения в другую;  2) не экстренных пациентов из одной организации  здравоохранения в другую;  3) пациентов из организаций ПМСП, которые были  определены в картах вызова как хронические;  4) пациентов, чья транспортировка была запланирована  заранее, в и из организации здравоохранения;  5) пациентов домой после эпизода лечения в организации  здравоохранения;  6) пациентов на и после амбулаторного приема при  необходимости. | |  |  |
|  |  | | 19.7 | | | Центр коммуникаций планирует бесперебойную службу через  адекватные системы, включая вспомогательные системы из  других пунктов посредством обоюдных соглашений, для:  1) ответов на телефон;  2) регистрации неотложных и других вызовов;  3) диспетчерской службы;  4) спутниковой навигационной системы;  5) радиокоммуникаций;  6) цифрового картографирования. | |  |  |
|  |  | | 19.8 | | | Центр коммуникаций обеспечен персоналом на уровне,  необходимом для приема объема звонков, спроса и  требований по качеству с:  1) доступом к полностью квалифицированному сменному  персоналу, что требуется для поддержания уровня службы  скорой помощи;  2) доступом к старшим клиническим консультациям 24 часа  в день;  3) медицинские диспетчеры, обученные и  зарегистрированные в признанном медицинском  диспетчерском управлении неотложной помощи;  4) наличием персонала, принимающего звонки и  диспетчерского клинического персонала, у которых имеется  практический опыт в скорой и неотложной помощи и  соответствующая квалификация. | |  |  |
| 20 | Стандарт 20.0 | | 20.0 | | | **20.0 СЛУЖБА НАЗЕМНОЙ СКОРОЙ/НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ**  **Клинические возможности, ресурсы и своевременность**  **реагирования службы наземной скорой/неотложной помощи**  **соответствуют потребностям пациентов.** | | **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 | | | Клинические возможности и своевременность реагирования  службы наземной неотложной помощи соответствуют  потребностям пациента при помощи:  1) выделения ресурсов для того, чтобы у нее была  возможность эффективно предоставлять доврачебную  неотложную помощь на ожидаемом уровне;  2) определения способности реагирования в разных  областях по наличию специалистов и имеющемуся  оборудованию;  3) предоставления возможностей реагирования скорой  помощи в таком составе клинического персонала, который  определен в качестве минимального для определенной  категории срочности;  4) персонала, который работает по определенным  протоколам в работе службы скорой/ неотложной  медицинской помощи. | | 20.1 Штатное расписание медицинской организации, согласованное с руководителями структурных подразделений утверждается руководством медицинской организации в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан \*\* \*\*\* |  |
|  |  | | 20.2 | | | Санитарный автотранспорт:  1) должен быть способным перевозить пациента в положении  «на спине» с достаточным пространством для того, чтобы  медицинский персонал сидел в изголовье пациента и мог  свободно передвигаться;  2) предоставляет возможность неотложного реагирования  для перевозки пациента, как минимум, двумя медицинскими  работниками. | | 20.2 Штатное расписание соответствует организационной структуре и деятельности организации. |  |
|  |  | | 20.3 | | | Санитарный автотранспорт должен быть оснащен  оборудованием, в нем имеется возможность для осмотра и  лечения пациента:  1) в ситуациях, критических по времени или ситуациях,  требующих медицинской помощи повышенной сложности;  2) с наличием одного или более медицинского сотрудника. | | 20.3 В медицинской организации разработаны штатное расписание и квалификационные требования  к должностям с учетом рекомендаций профессиональной практики для оказания качественной медицинской помощи. |  |
|  |  | | 20.4 | | | Санитарный автотранспорт для транспортировки пациента:  1) оснащен для поддержания основных функций  жизнедеятельности пациента специалистом по оказанию  первой помощи в обстоятельствах, угрожающих жизни  пациента;  2) предназначен, в первую очередь, для перевозки  пациентов между организациями здравоохранения при  наличии одного или более медицинского работника;  3) может перевозить медицинских работников одной  организации здравоохранения в другую, где находится  пациент, нуждающийся в предоставлении ими необходимой  специализированной помощи;  4) предоставляет возможность оказания бригадой  специалистов медицинской помощи, равносильной той,  которая ожидается в принимающей организации. | | 20.4 Штатное расписание пересматривается на основании заявок руководителей структурных подразделений один раз в год. |  |
|  |  | | 20.5 | | | Санитарный автотранспорт перевозит достаточное  количество оборудования и расходных материалов,  адекватных для предоставления скорой/неотложной помощи,  как детям, так и взрослым. | | 20.5 На каждый вид должности, включая внештатных работников, совместителей, консультантов, слушателей резидентуры, утверждается должностная инструкция с указанием квалификационных требований (образование, обучение, знания, навыки и опыт) и функций, специфичных для данной должности. \*\* |  |
|  |  | | 20.6 | | | Коэффициент недостающего оборудования или расходных  материалов в санитарном автотранспорте:  1) оценивается за определенный период времени;  2) анализируется для возможных действий;  3) доступен и предоставляется во время аккредитационного  обследования. | |  |  |
|  |  | | 20.7 | | | Коэффициент неисправностей оборудования и санитарного  автотранспорта при выездах:  1) оценивается за определенный период времени;  2) анализируется для возможных действий;  3) доступен и предоставляется во время аккредитационного  обследования. | |  |  |
| 21 | Стандарт 21.0 | | 21.0 | | | **21.0 СЛУЖБА ВОЗДУШНОЙ СКОРОЙ/НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ**  **Клинические возможности, ресурсы и своевременность**  **реагирования службы воздушной скорой/неотложной помощи**  **соответствует потребностям пациентов.** | | **21.0 УПРАВЛЕНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ**  **Медицинская организация принимает усилия для эффективного управления человеческими ресурсами.** | Стандарт «Менеджмент медикаментов» действующей редакции заменен на стандарт «Управление человеческими ресурсами» в предлагаемой редакции в связи с важностью и значимостью эффективного управления человеческими ресурсами  медицинской организации |
|  |  | | 21.1 | | | Клинические возможности, ресурсы службы по оказанию  своевременной воздушной скорой/неотложной помощи  соответствуют потребностям пациента по:  1) наличию ресурсов для того, чтобы у медицинского  персонала была возможность эффективно предоставлять  неотложную помощь на ожидаемом уровне, принимая во  внимание имеющуюся информацию по инциденту, средства  передвижения скорой/неотложной помощи, и имеющиеся  ресурсы для вылета на место инцидента;  2) наличию ресурсов, адекватных для каждого известного  или предполагаемого состояния пациента, в случае  межбольничного трансфера;  3) персоналу, который работает по определенным  протоколам в работе службы санитарной авиации. | | 21.1 Политики или процедуры по поиску, трудоустройству, инструктажу (ориентации) и адаптации сотрудников разрабатываются в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан \*\*\* и внедряются в организации. \* |  |
|  |  | | 21.2 | | | Клиническая команда обучается по ключевым аспектам  предоставления аэромедицинской помощи и лечения  пациентов, включая:  1) особые аспекты авиационной физиологии и медицинские  услуги санитарной авиации;  2) организационные вопросы воздушно-транспортных услуг;  3) управление ресурсами бригады. | | 21.2 Каждый сотрудник соответствует занимаемой должности согласно утвержденным в должностной инструкции квалификационным требованиям. Копия подписанной сотрудником должностной инструкции имеется в кадровой службе. |  |
|  |  | | 21.3 | | | Обучение вопросам безопасности в воздухе и ознакомление  с оборудованием происходит на постоянной основе, а также  проводятся специфические предполетные инструктажи,  согласно миссии. | | 21.3 Руководители медицинской организации создают условия для непрерывного обучения сотрудников (например, доступ к интернету, компьютеры, тренинговый класс, библиотека и другие). |  |
|  |  | | 21.4 | | | Воздушная скорая/неотложная помощь, которая обеспечивает  быстрое реагирование, оказывается, как минимум, двумя  клиническими специалистами, исключая пилота:  1) один клинический специалист в сфере интенсивной  терапии и реанимации;  2) один клинический специалист с соответствующими  навыками и опытом в сфере предоставления доврачебной  помощи или  3) специалист с навыками в случаях ЧС или миссий в  опасных или суровых условиях, где требуются специальные  навыки и оснащение, например, спасательная команда  альпинистов. | | 21.4 Определяются потребности сотрудников в обучении. Обучение проводится на базе или вне медицинской организации. |  |
|  |  | | 21.5 | | | Транспорты службы воздушной скорой/неотложной помощи,  которые предоставляют перевозку с полным уровнем  интенсивной терапии, снабжены минимум двумя клиническими  сотрудниками, исключая пилота:  1) клинический специалист с компетенцией в области  интенсивной терапии, включая реанимационные меры,  воздушную медицинскую помощь, искусственную вентиляцию  легких и другие способы поддержки организма, и  предыдущий опыт в транспортной медицине;  2) авиационная медсестра с навыками в интенсивной  терапии, и опытом реанимационных мер и аэромедицинской  помощи;  3) квалифицированный специалист по анестезиологии с  соответствующими навыками. | | 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 | | | Клинический персонал, принимающий участие в трансфере  пациента, имеет возможность немедленно связаться с  профильным специалистом. | |  |  |
|  |  | | 21.7 | | | Непосредственную ответственность за пациента во время  всего трансфера несет клиническая бригада на борту. | |  |  |
|  |  | | 21.8 | | | Внутренняя конфигурация в салоне авиационного  транспорта:  1) позволяет транспортировать пациента в положении «лежа  на спине» в салоне воздушного судна;  2) необходимо, чтобы клинический персонал имел доступ к  голове и туловищу пациента (до середины бедра) во время  полета для того, чтобы контролировать дыхательные пути,  дыхание и кровообращение;  3) нужно, чтобы у клинического персонала было достаточно  места для выполнения сердечно-легочной реанимации с  двумя исполнителями, включая сложные виды контроля  дыхательных путей, которые могут понадобиться после  сердечно-легочной реанимации при необходимости. | |  |  |
|  |  | | 21.9 | | | Воздушное судно службы аэромедицинской помощи перевозит  достаточное количество оборудования и расходных  материалов:  1) адекватных для предоставления доврачебной помощи, как  детям, так и взрослым;  2) адекватных для проведения операций в специфических  авиационных условиях, в которых они должны  использоваться;  3) с дополнительным оборудованием для каждого  известного или предполагаемого состояния пациента. | |  |  |
|  |  | | 21.10 | | | Коэффициент неблагоприятных явлений во время полета  (воздушная неотложная помощь):  1) оценивается за определенный период времени;  2) анализируется для возможных действий;  3) доступен и предоставляется во время аккредитационного  обследования. | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Стандарт 22.0 |  | | | **22.0 ЛИЧНОЕ ДЕЛО СОТРУДНИКА**  **Личные дела сотрудников медицинской организации формируются, хранятся и обновляются в соответствии с установленными требованиями.** | 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, слушателей резидентуры содержит сведения об образовании и квалификации сотрудника, в соответствии с требованиями должностной инструкции. |  |
|  |  |  | | 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 Все штатные и внештатные сотрудники, волонтеры, совместители, консультанты, студенты, слушатели резидентуры, лица обучающиеся на базе медицинской организации проходят инструктаж и обучение для ознакомления с медицинской организацией, со своими должностными обязанностями и основными требованиями по безопасности. \*\* |  |
|  |  | | | 23.3 Инструктаж сотрудников включает противопожарную 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. |  |
| 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 список клинических привилегий врача (перечень разрешенных операций и процедур высокого риска). |  |
|  |  | |  | 24.2 При трудоустройстве проводится оценка навыков среднего медицинского персонала и утверждается список компетенций в соответствии с политиками или процедурами медицинской организации |  |
|  |  | |  | 24.3 При трудоустройстве проводится оценка навыков параклинического персонала (лаборанты, провизоры, фармацевты и другие) и утверждается список компетенций в соответствии с политиками или процедурами медицинской организации |  |
|  |  | |  | 24.4 Раз в три года или чаще 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. \*  При несоответствии компетенций врача ожиданиям в должностной инструкции, показателям работы или уровню квалификации, рассматривается вопрос отстранения врача от клинической практики в данной организации (ограничение привилегий) или направление на обучение или менторство. |  |
|  |  | |  | 24.5 Ежегодно проводится переоценка компетенций параклинического персонала и среднего медицинского персонала. |  |
| Стандарт 25.0 |  | | | **25.0 ЕЖЕГОДНАЯ ОЦЕНКА СОТРУДНИКОВ**  **Ежегодно проводится оценка работы каждого сотрудника в соответствии с утвержденными правилами 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 или процедуры оценки работникови форма оценки сотрудников.  Форма оценки врача-клинициста (врач, который проводит осмотр или лечение пациента) должна включать критерии:   1. Лечение и уход (врач оказывает эффективную и целесообразную медицинскую помощь) 2. Клинические знания (врач владеет нужными знаниями, применяет эти знания в работе) 3. Повышение квалификации (врач улучшает свою клиническую практику и знания) 4. Личные качества и коммуникабельность (врач поддерживает профессиональные взаимоотношения с пациентами и коллегами) 5. Этическая практика (врач относится к пациенту с состраданием, уважением к пациентам из разных социальных и культурных слоев) 6. Системное мышление (врач проявляет активность и гибкость в использовании нужных ресурсов)   Бережливое отношение к ресурсам (врач целесообразно и своевременно назначает ЛС, исследования, консультации). |  |
|  |  | | | 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, слушателей резидентуры, занимаемой должности в соответствие с установленными требованиями законодательных актов Республики Казахстан. \*\*\* |
|  |  | |  | 25.5 Проводится оценка профессиональных компетенций сотрудников (смотреть критерии 24.4 и 24.5). | Стандарт разработан в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан для обеспечения здоровья и безопасности сотрудников медицинской организации |
| Стандарт 26.0 |  | |  | **26.0 ЗДОРОВЬЕ И БЕЗОПАСНОСТЬ СОТРУДНИКОВ**  **ЗДОРОВЬЕ И БЕЗОПАСНОСТЬ СОТРУДНИКОВ**  **Здоровье и безопасность сотрудников медицинской организации поддерживаются в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан.** \*\*\* |
|  |  | |  | 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 рабочей нагрузки, психологическую поддержку сотрудников для минимизации стресса и его контроля (например, антистрессовая комната, комната духовного уединения и другие). \* |  |
|  |  | |  | 26.4 Медицинская организация создает условия и проводит мероприятия для сотрудников по продвижению здорового образа жизни (например, тренажерный зал, мероприятия направленные против курения и другие) \*\* |  |
|  |  | |  | 26.5 Медицинская организация защищает сотрудников от производственных опасностей (включая радиацию, обращение с химическими и (или) опасными материалами и другие) и принимает меры по предотвращению травматизма сотрудников \*\* |  |
| Стандарт 27.0 |  | | | **27.0 КОНТРАКТНЫЕ РАБОТНИКИ**  **Медицинские работники, не состоящие в штатном расписании организации (так называемые 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 утвержденным 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 список клинических привилегий или список компетенций (смотреть критерии 24.1; 24.2 и 24.3) \*\* |  |
|  |  | | | 27.4 Ежегодно 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 | Критерий 11.4 выделен в отдельный стандарт с связи с необходимостью контроля за исполнением договоров, влияющих на качество оказания медицинской помощи и безопасности пациентов |
| Стандарт 28.0 |  | |  | **28.0 МОНИТОРИНГ ДОГОВОРОВ**  **Руководители медицинской организации контролируют качество представляемых по договору услуг и товаров.** |
|  |  | |  | 28.1 Руководителем медицинской организации определяются ответственные лица по курации договоров о предоставлении услуг или товаров для медицинской организации |  |
|  |  | |  | 28.2 В каждом договоре прописываются требования к объему и качеству предоставляемых услуг или товаров, а также квалификационные требования к контрактной организации или ее исполнителям \*\* |
|  |  | |  | 28.3 В каждом договоре прописываются индикаторы, на основании которых медицинская организация проводит мониторинг договора и оценку качества услуг или товаров поставщика. \*\*  Поставщики вовлекаются в планирование услуг и согласование индикаторов их работы. |
|  |  | |  | 28.4 Результаты мониторинга договоров на основе индикаторов доводятся до сведения руководства медицинской организации не реже одного раза в год (смотреть критерий 28.1) \*\* |  |
|  |  | |  | 28.5 При несоответствии качества услуг или товаров поставщика ожиданиям медицинской организации, принимаются меры по устранению несоответствий, вплоть до расторжения договора с поставщиком |  |
| Стандарт 29.0 |  | |  | **РАЗДЕЛ C: УПРАВЛЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТЬЮ**  **Инфекционный контроль.**  **29.0 КОМИССИЯ ПО ИНФЕКЦИОННОМУ КОНТРОЛЮ**  **Комиссия по инфекционному контролю и сотрудник(и) по инфекционному контролю координируют выполнение программы и политик 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 медицинская организация проводит анализ системы инфекционного контроля, включающего оценку рисков \*\* |  |
|  |  | |  | 29.2 На основании оценки рисков разрабатывается и утверждается 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 внутрибольничной инфекции и их анализ (индикаторы по внутрибольничной инфекции, а также разбор индивидуальных случаев внутрибольничной инфекции 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 медицинской организации внедряется программа по инфекционному контролю** | 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 в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан \*\*\* |  |
|  |  | |  | 30.2 Программа по инфекционному контролю разрабатывается в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан \*\*\*, рекомендациями Всемирной Организации Здравоохранения (Основные компоненты для программ профилактики инфекций и инфекционного контроля. Второе совещание Неформальной сети по профилактике инфекций и инфекционному контролю в здравоохранении, 26-28 июня 2008 г., Женева, Швейцария) или других профессионально признанных источников, основанных на доказательной медицине \* |  |
|  |  | |  | 30.3 Программа по инфекционному контролю пересматривается ежегодно |  |
|  |  | |  | 30.4 Результаты инфекционного контроля своевременно предоставляются в уполномоченные органы в соответствии с требованиями 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 правила и (или) алгоритм 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 \*\*\*, с учетом доказательной базы из профессиональной литературы |
|  |  | |  | 31.3 В медицинской организации имеется достаточное количество средств индивидуальной защиты (смотреть критерий 30.5) |
|  |  | |  | 31.4 В местах 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 обращение с бельем проводятся с минимизацией риска инфекций согласно законодательных актов Республики Казахстан**. \*\*\* | Критерий 14.12 выделен в стандарт 32.0  Стандарт разработан для оценки дезинфекции, стерилизации и прачечной в связи с необходимостью минимизации риска распространения инфекций |
|  |  | |  | 32.1 Чистка (уборка), дезинфекция помещений и поверхностей проводятся с минимизацией риска инфекций. Сотрудники соблюдают утвержденные политики или процедуры по чистке (уборке), дезинфекции помещений и поверхностей \*\* |  |
|  |  | |  | 32.2 Одноразовые изделия утилизируются (не используются) после использования в соответствии с политиками или процедурами организации \* |  |
|  |  | |  | 32.3 Стерилизация проводятся с минимизацией риска инфекций и с соблюдением процесса от «грязной» к «чистой» зоне. Сотрудники соблюдают утвержденные политики или процедуры по стерилизации (сбор, транспортировка, учет, укладка, чистка, стерилизация, упаковка, маркировка, доставка, хранение инструментов). \* |  |
|  |  | |  | 32.4 Качество стерилизации мониторируется с применением химических и биологических индикаторов \*\* |  |
|  |  | |  | 32.5 Обращение с чистым и грязным бельем, стирка белья проводится с минимизацией риска кросс-инфекции, риска контаминации и риска для здоровья персонала. Сотрудники соблюдают утвержденные политики или процедуры по обращению с бельем (сбор, транспортировка, передача, стирка, глажка, учет, раздача, применение). \* |  |
| 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 | Выделен в отдельный стандарт в связи с необходимостью обучения персонала по инфекционному контролю, влияющему на безопасность пациентов и сотрудников медицинской организации |
|  |  | |  | 33.3 Отходы утилизируются безопасным образом в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан \*\*\*; острые, колющие и режущие предметы утилизируются в специальных контейнерах 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 по обращению с медицинскими отходами и соблюдает их на практике \*\* |
| Стандарт 34.0 |  | | | **34.0 ОБУЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛА ПО ИНФЕКЦИОННОМУ КОНТРОЛЮ**  **Медицинская организация проводит обучение персонала по инфекционному контролю** |
|  |  | |  | 34.1 В медицинской организации ежегодно каждый медицинский работник проходит обучение в области инфекционного контроля \*\* |  |
|  |  | |  | 34.2 Ежегодно тестируются знания медицинских работников в области инфекционного контроля |  |
|  |  | | | 34.3 Обучение по инфекционному контролю проводится для немедицинских работников, студентов, курсантов, резидентов | I |
|  |  | |  | 34.4 Проводится обучение пациентов, членов семьи пациента по профилактике и контролю инфекций (смотреть критерий 36.4) |  |
|  |  | |  | 34.5 В медицинской организации проводится дополнительное обучение персонала в случаях ухудшения показателей индикаторов по мониторингу инфекционного контроля  (смотреть критерий 29.5) |  |
|  |  | |  | **Безопасность здания** |  |
| Стандарт 35.0 |  | |  | **35.0 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. |
|  |  | |  | 35.1 Создается Комиссия по безопасности зданий, которая координирует действия для поддержания безопасности зданий и окружающей среды \*\* |  |
|  |  | | | 35.2 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 \* |  |
|  |  | |  | 35.3 Программа по безопасности зданий пересматривается ежегодно с определением приоритетных на каждый год направлений работы в виде ежегодной оценки рисков \* |  |
|  |  | |  | 35.4 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 \*\* |  |
|  |  | |  | 35.5 Медицинская организация ежегодно направляет отчет в  Управляющий орган о выполнении Программы по безопасности зданий с указанием проведенных ключевых работ и существующих проблем (рисков) безопасности зданий и окружающей среды \*\* |  |
| Стандарт 36.0 |  | | | **36.0 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 |
|  |  | | | 36.1 Здания и окружающая среда в медицинской организации соответствуют требованиям законодательных актов Республики Казахстан (строительные нормы и политика, санитарные нормы и политика и другие) \*\*\* |  |
|  |  | |  | 36.2 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) \*\*\* |
|  |  | | | 36.3 Здания и помещения, инженерные системы, оборудование соответствуют установленным требованиям законодательных актов Республики Казахстан \*\*\*, регулярно инспектируются (тестируются), с последующей документацией результатов проведенной инспекции |  |
|  |  | |  | 36.4 Здания и помещения, инженерные системы, оборудование и прочие предметы регулярно обновляются и поддерживаются на безопасном уровне |
|  |  | | | 36.5 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 |
| Стандарт 37.0 |  | |  | **37.0 ОХРАНА И ЗАЩИТА**  **Обеспечивается охрана и защита здания и территории медицинской организации** (смотреть критерий 38.2) \* | Критерий 38.2 выделен в отдельный стандарт  Охрана и защита здания и территории медицинской организации обеспечивает безопасность сотрудников и пациентов, влияя на качество оказания медицинской помощи |
|  |  | |  | 37.1 Все сотрудники, внештатные и контрактные работники, студенты, слушатели резидентуры, лица, обучающиеся на базе медицинской организации и арендаторы идентифицируются в соответствии с утвержденными руководством медицинской организации политиками или процедурами (смотреть критерий 26.1) |  |
|  |  | |  | 37.2 Проводится мониторинг (видеонаблюдение и (или) обход) здания и территории с целью защиты и охраны |  |
|  |  | | | 37.3 Документируется обход (инспекция) здания и передача дежурств между сотрудниками охранной службы \*\* |  |
|  |  | |  | 37.4 Ограничивается вход посторонних в режимные отделения (например, коммуникационный центр неотложной скорой помощи), а также зоны контроля инженерных, коммунальных систем |  |
|  |  | |  | 37.5 Сотрудники охранной службы обучаются действиям при чрезвычайных ситуациях (при кодах по безопасности), а также оказанию первой помощи \*\* |  |
| Стандарт 38.0 |  | |  | **38.0 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 |
|  |  | | | 38.1 Функционирует система раннего выявления пожара; в достаточном количестве имеются исправные средства для пожаротушения, которые регулярно инспектируются и при необходимости обновляются |  |
|  |  | |  | 38.2 Инспекция, тестирование и поддержание средств и систем для раннего выявления и тушения пожара документируется \*\* |  |
|  |  | |  | 38.3 Для безопасной эвакуации из здания при пожаре и других чрезвычайных ситуациях, пути эвакуации не загромождены; в достаточном количестве имеются и видны указатели |  |
|  |  | |  | 38.4 Для ограничения распространения дыма и огня, в соответствии с установленными требованиями:  противопожарные двери плотно прикрываются, противопожарные перегородки не имеют щелей, используются огнеупорные материалы, минимизируется использование возгораемых материалов |  |
|  |  | |  | 38.5 Сотрудники раз в год проходят практическое учение по пожарной безопасности для проверки готовности в случае пожара и задымления (смотреть критерий 47.2) \*\* |  |
| Стандарт 39.0 |  | |  | **39.0 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 |
|  |  | | | 39.1 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 \*\* |  |
|  |  | |  | 39.2 На основе оценки рисков по чрезвычайным ситуациям определяются приоритетные направления работы в годовом плане мероприятий \*\* |  |
|  |  | |  | 39.3 Выделяются ресурсы для улучшения готовности организации к чрезвычайным ситуациям |  |
|  |  | |  | 39.4 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) \*\* |
|  |  | |  | 39.5 По окончании практического учения по чрезвычайным ситуациям проводится анализ проведенного учения, и делаются выводы с дальнейшей разработкой плана мероприятий и поддержки непрерывного улучшения \*\* | Критерий 10.6 выделен вотдельный стандарт в связи с требованиями законодательных актов Республики Казахстан в области обращения с опасными материалами и отходами и обеспечения безопасности людей и окружающей среды |
| Стандарт 40.0 |  | |  | **40.0 ОПАСНЫЕ МАТЕРИАЛЫ И ОТХОДЫ**  **Обращение с опасными материалами и отходами соответствует требованиям законодательных актов Республики Казахстан** \*\*\***, и обеспечивается безопасность людей и окружающей среды** |
|  |  | |  | 40.1 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) |  |
|  |  | |  | 40.2 Прописываются требования к обращению с опасными материалами, включая их маркировку, хранение, ношение защитных средств при работе, транспортировку, утилизацию (смотреть критерий 38.2) \* |  |
|  |  | |  | 40.3 Все опасные материалы и отходы маркируются с указанием названия (состава), срока годности и применимых предупреждающих знаков |  |
|  |  | |  | 40.4 В местах обращения с опасными материалами находится в доступности информация по мерам предосторожности и мерам первой помощи (например, на этикетке контейнера или в виде списка опасных материалов – смотреть критерий 43.1) |  |
|  |  | |  | 40.5 Сотрудники обучаются действиям при разлитии опасного материала, включая быстрый сбор (обеззараживание) и сообщение об инциденте. |  |
|  |  | |  |  |  |
| Стандарт 41.0 |  | |  | **41.0 МЕДИЦИНСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ**  **Безопасность медицинского оборудования и изделий обеспечивается путем регулярного (не реже одного раза в год) тестирования, калибровки, поддержания, по необходимости ремонта и обучения персонала** | Выделен в отдельный стандарт в связи важностью безопасности медицинского оборудования и изделий медицинского назначения |
|  |  | |  | 41.1 Внедряется программа по обеспечению безопасности медицинского оборудования и изделий (смотреть критерий 38.2) \* |  |
|  |  | |  | 41.2 Определяется список и ведется учет всего медицинского оборудования |  |
|  |  | |  | 41.3 Проводится и документируется профилактическое обслуживание, инспекция, тестирование, калибровка, поддержание, ремонт медицинского оборудования \*\*:   1. профилактическое обслуживание каждой единицы оборудования проводится с частотой согласно инструкции производителя или чаще; 2. частота профилактического обслуживания прописана в документах организации;   график профилактического обслуживания оборудования составляется ежегодно и по необходимости обновляется. |  |
|  |  | |  | 41.4 Персонал обучается безопасной работе с оборудованием и устройствами при трудоустройстве и повторно при необходимости (например, после продолжительного отсутствия на работе или новой информации, полученной от поставщика)  41.4 Персонал обучается безопасной работе с оборудованием и устройствами при трудоустройстве и позже когда сотрудник длительно не работал на оборудовании (свыше полугода), если изменились требования по работе или появилась новая информация от производителя.  Только обученные и компетентные лица допускаются к работе со специализированным оборудованием и устройствами и все обучение документируется. \*\* |  |
|  |  | |  | 41.5 Внедряется система оповещения пользователей и принятия мер при отзыве, поломке и прочих случаях, связанных с медицинским оборудованием (например, риск возгорания) \* |  |
| Стандарт 42.0 |  | | | **42.0 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 стандарт  Cоответствие требованиям законодательных актов Республики Казахстан коммунальных и инженерных систем в организации способствует бесперебойной работе медицинской организации, обеспечивает безопасность пациентов и сотрудников при оказании услуг |
|  |  | |  | 42.1 Прописывается порядок и частота инспекций, тестирования и поддержания коммунальных и инженерных систем \* |  |
|  |  | |  | 42.2 Функционирование коммунальных и инженерных систем контролируются, поддерживаются и улучшаются |
|  |  | |  | 42.3 Проводится мониторинг системы вентиляции с документированием результатов мониторинга. |  |
|  |  | |  | 42.4 Для предупреждения пылевого загрязнения, в системе вентиляции устанавливаются фильтры, которые меняются с частотой согласно рекомендации производителя |
|  |  | |  | 42.5 Коммунальные и инженерные системы маркируются для облегчения частичного или полного отключения при чрезвычайных ситуациях |
| Стандарт 43.0 |  | |  | **43.0 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 |
|  |  | |  | 43.1 Питьевая вода и электричество являются доступными круглосуточно в любое время года |  |
|  |  | |  | 43.2 Определяются зоны и услуги, для которых наиболее важно водоснабжение и электроснабжение из альтернативных источников \*\* |  |
|  |  | |  | 43.3 Альтернативные источники водоснабжения тестируются ежеквартально \*\* |  |
|  |  | | | 43.4 Альтернативные источники электроснабжения тестируются ежеквартально. Хранится необходимый запас топлива для выработки электричества из альтернативного источника \*\* | \*\* |
|  |  | |  | 43.5 В соответствии с санитарно – эпидемиологическими требованиями ежеквартально тестируется качество воды. \*\* | Внедрено требование международных стандартов в части обучения персонала по безопасности зданий. Обучение и тестирование, мониторинг знаний необходим для обеспечения безопасности зданий. |
| Стандарт 44.0 |  | |  | **44.0 ОБУЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛА ПО БЕЗОПАСНОСТИ ЗДАНИЙ**  **Проводится обучение, тестирование знаний работников для поддержания безопасности зданий и окружающей среды** |
|  |  | |  | 44.1 Сотрудники обучаются своей роли в области пожарной безопасности и чрезвычайных ситуаций, охраны и защиты, обращении с опасными материалами |
|  |  | |  | 44.2 Сотрудники обучаются действиям при пожаре, включая сообщение о пожаре, тушение пожара и эвакуацию пациентов |  |
|  |  | |  | 44.3 Сотрудники обучаются работе с оборудованием и коммунальными (инженерными) системами, включая действия при чрезвычайных ситуациях (смотреть критерий 44.4) |
|  |  | |  | 44.4 Штатные и внештатные сотрудники, студенты, слушатели резидентуры, лица, обучающиеся на базе медицинской организации, арендаторы помещений, волонтеры и посетители обучаются безопасности зданий и окружающей среды |
|  |  | |  | 44.5 Ежегодно проводится тестирование знаний сотрудников по поддержанию безопасности зданий и окружающей среды в соответствии с утвержденными руководством медицинской организации политиками и процедурами |
| Стандарт 45.0 |  | |  | **Безопасность лекарственных средств и изделий медицинского назначения**  **45.0 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 |
|  |  | |  | 45.1 Обращение с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения соответствуют требованиям законодательных актов Республики Казахстан \*\*\* |  |
|  |  | |  | 45.2 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) \*\* |  |
|  |  | |  | 45.3 Анализ системы управления медикаментами включает оценку рисков (выявление проблем или зон высокого риска, связанные с лекарственными средствами) \*\* |  |
|  |  | |  | 45.4 Разрабатываются и внедряются политика и процедуры, описывающие каждый этап управления медикаментами: планирование и закуп; хранение; назначение; приготовление или разведение; введение; мониторинг эффектов на пациенте \* |  |
|  |  | |  | 45.5 Создается и функционирует формулярная комиссия, рассматривающая вопросы управления медикаментами, включая формулярный список \*\* |  |
| Стандарт 46.0 |  | |  | **46.0 ХРАНЕНИЕ**  **Медикаменты хранятся безопасно и надлежащим образом** | Выделен в отдельный стандарт (хранение медикаментов).  Хранение медикаментов в медицинской организации необходимо осуществлять безопасно и надлежащим образом |
|  |  | |  | 46.1 Все медикаменты правильно обозначаются с указанием названия (содержания), срока годности и применимых предупреждающих знаков |  |
|  |  | |  | 46.2 Медикаменты хранятся с соблюдением температурного режима, влажности и прочих условий, в соответствии с требованиями к их хранению |  |
|  |  | |  | 46.3 Наркотические и другие лекарственные средства, подлежащие строгому учету и контролю, хранятся, в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан \*\*\* |  |
|  |  | |  | 46.4 Медикаменты защищаются от потери и кражи |  |
|  |  | |  | 46.5 Сотрудниками аптеки периодически инспектируются все места хранения лекарственных средств в организации для обеспечения правильного хранения лекарственных средств \*\* |  |
| Стандарт 47.0 |  | |  | **47.0 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. |
|  |  | |  | 47.1 Прописывается и соблюдается процесс по выявлению и уничтожению медикаментов с истекшим сроком годности \* |  |
|  |  | |  | 47.2 Прописывается и соблюдается процесс по обращению с личными (принесенными извне) медикаментами пациента \* |  |
|  |  | |  | 47.3 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 \* |  |
|  |  | |  | 47.4 Прописывается и соблюдается процесс отзыва медикаментов в соответствии с политиками и процедурами, утвержденными руководством медицинской организации \* |  |
|  |  | |  | 47.5 Прописывается и соблюдается процесс обращения с радиофармацевтическими препаратами и другими опасными медикаментами \* |  |
| Стандарт 48.0 |  | |  | **48.0 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 |
|  |  | |  | 48.1 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 \* |  |
|  |  | |  | 48.2 Разрабатываются и утверждаются руководством медицинской организации политики или процедуры при неразборчивом или неполном назначении лекарственных средств в листах назначения или рецепте \* |  |
|  |  | |  | 48.3 Разрабатываются и утверждаются руководством медицинской организации политики или процедуры при устном назначении лекарственных средств в экстренных ситуациях \* |  |
|  |  | |  | 48.4 Проводится проверка назначений лекарственных средств в медицинских картах для выяснения обоснованности и полноты назначения |  |
|  |  | |  | 48.5 Проводится выборочный аудит листов назначений в текущих и закрытых медицинских картах на предмет соблюдения политик организации и безопасности пациента \*\* |  |
| Стандарт 49.0 |  | |  | **49.0 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 |
|  |  | |  | 49.1 Медикаменты готовятся (разводятся, фасуются) в чистой и безопасной рабочей зоне с необходимым оборудованием и изделиями |  |
|  |  | |  | 49.2 Сотрудники, готовящие стерильные продукты обучаются принципам приготовления лекарственных средств и методам асептики \*\* |  |
|  |  | |  | 49.3 Каждое принятое, введенное лекарственное средство документируется в листе назначений (или ином документе) с указанием времени и автора записи \*\* |  |
|  |  | |  | 49.4 Безопасное введение медикаментов обеспечивается проверкой правильности пяти пунктов: тот ли это пациент, медикамент, доза, путь введения, время и частота приема |  |
|  |  | |  | 49.5 Прописывается процесс самостоятельного введения пациентом лекарственных средств(например, ингалятор или инсулиновая ручка) \* |  |
| Стандарт 50.0 |  | |  | **50.0 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. |
|  |  | |  | 50.1 Проводится мониторинг эффекта лекарственных средств на пациента и побочные эффекты документируются и сообщаются ответственному лицу \*\* |  |
|  |  | |  | 50.2 Проводится обучение пациента по вопросам приема медикаментов, включая обучение по рекомендуемым медикаментам после выписки \*\* |  |
|  |  | |  | 50.3 Сотрудники медицинской организации обучаются терминам «потенциальная медицинская ошибка» «медицинская ошибка».  В медицинской организации внедрен процесс выявления, сообщения и анализа потенциальных медицинских ошибок и медицинских ошибок (смотреть критерии 6.3 и 48.5) |  |
|  |  | |  | 50.4 Для врачей и прочего персонала, вовлеченных в обращение с медикаментами, имеется в доступе справочная информация по лекарственным средствам |  |
|  |  | |  | 50.5 В медицинской организации врачи, медицинские сестры и прочие сотрудники, вовлеченные в обращение с медикаментами, обучаются по вопросам обращения с медикаментами в соответствии с политиками и процедурами, утвержденными руководством медицинской организации \*\* |  |
|  |  | |  | **РАЗДЕЛ D: ЛЕЧЕНИЕ И УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ** |  |
|  |  | |  | **D1: Безопасность пациента** |  |
|  |  | |  | **Международная цель по безопасности пациента №1**  **Правильная идентификация пациента** |  |
| Стандарт 51.0 |  | |  | **51.0 Безопасность пациента повышается через процесс идентификации пациента** | Новый стандарт разработан в соответствии требованиями Всемирной Организации здравоохранения к обеспечению безопасности пациентов |
|  |  | |  | 51.1 Существуют политики и процедуры идентификации пациента, описывающие процесс идентификации пациента с применением двух идентификаторов пациента \* |  |
|  |  | |  | 51.2 Пациент идентифицируется в соответствии с политиками или процедурами перед каждой процедурой, операцией, инъекцией, приемом медикамента, взятием биоматериала и других ситуациях |  |
|  |  | |  | 51.3 Идентификация пациента облегчается через допустимые альтернативные способы идентификации пациента: штрих-код на образце биоматериала (допустимый как единственный идентификатор) или уникальный идентификационный номер (допустимый как единственный идентификатор).  Допустимыми идентификаторами пациента являются полное имя и фамилия, дата рождения, индивидуальный идентификационный номер (ИИН), уникальный номер медицинской карты пациента, уникальный штрих-код, уникальный идентификационный номер.  Недопустимыми идентификаторами пациента являются изменяемые параметры: адрес, диагноз. |  |
|  |  | |  | 51.4 Идентификатор(-ы) пациента присутствует во всех формах медицинских карт и на всех контейнерах с биоматериалом пациента. |  |
|  |  | |  | 51.5 Процесс идентификации пациента мониторируется через индикатор(-ы), которые применяются для повышения безопасности пациента. Индикаторы выбираются в зависимости от используемых способов идентификации пациента. Мониторинг проводится ежемесячно. Примеры улучшения работы могут включать пересмотр политик или процедур, пересмотр процессов, обучение персонала и др. \*\* |  |
|  |  | |  | **Международная цель по безопасности пациента №2**  **Эффективная передача информации** |  |
| Стандарт 52.0 |  | |  | **52.0 Безопасность пациента повышается через стандартизированный процесс передачи устной и (или) телефонной информации** | Новый стандарт разработан в соответствии требованиями Всемирной Организации здравоохранения к обеспечению безопасности пациентов |
|  |  | |  | 52.1 Разрабатываются и внедряются политики или процедуры передачи информации устно и (или) по телефону, описывающие процесс сообщения критических результатов лабораторных и диагностических исследований и документирования информации\* |  |
|  |  | |  | 52.2 В стандартизированной 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 |  |
|  |  | |  | 52.3 Медицинская организация определяет критические значения для всех лабораторных и диагностических исследований |  |
|  |  | |  | 52.4 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 |  |
|  |  | |  | 52.5 Процесс передачи пациента и устные назначения, а также устное сообщение результатов исследований мониторируется через индикатор(ы), которые применяются для повышения безопасности пациента. Мониторинг проводится ежемесячно. Примеры улучшения работы могут включать пересмотр политик или процедур, пересмотр процессов, обучение персонала и др. \*\* |  |
|  |  | |  | **Международная цель по безопасности пациента №3**  **Безопасность медикаментов высокого риска** |  |
| Стандарт 53.0 |  | |  | **53.0 Безопасность пациентов повышается за счет стандартизированной маркировки и безопасного обращения с медикаментами высокого риска.** | Новый стандарт разработан в соответствии требованиями Всемирной Организации здравоохранения к обеспечению безопасности пациентов |
|  |  | |  | 53.1 Разрабатываются политики или процедуры, описывающие обращение с медикаментами высокого риска. \*  Политика или процедура включает:   1. маркировку медикаментов высокого риска, 2. хранение медикаментов высокого риска, 3. назначение и применение – если есть особенности, 4. список медикаментов высокого риска, 5. обучение персонала.   К медикаментам высокого риска относятся те лекарственные средства, с которыми выше вероятность ошибочного применения и ошибочное применение которых может привести к значительному вреду или значительному побочному эффекту для пациента. |  |
|  |  | |  | 53.2 Разрабатываются политики или процедуры, описывающие обращение с концентрированными электролитами. \*  Политика или процедура включает:   1. маркировку концентрированных электролитов, 2. хранение концентрированных электролитов – запрет на хранение в местах редкого использования, хранение только в местах клинической необходимости, 3. назначение и применение – если есть особенности, 4. список концентрированных электролитов,   обучение персонала. |  |
|  |  | |  | 53.3 Разрабатываются политики или процедуры, описывающие обращение с медикаментами со схожим названием и схожей упаковкой. \*  Политика или процедура включает:   1. маркировку медикаментов со схожим названием и схожей упаковкой, 2. запрет на хранение медикаментов на одной полке или рядом, если у них созвучны названия или схожий внешний вид, 3. назначение и применение – если есть особенности, 4. список медикаментов со схожим названием и схожей упаковкой,   обучение персонала. |  |
|  |  | |  | 53.4 Вышеуказанные политики или процедуры выполняются во всей организации. |  |
|  |  | |  | 53.5 Обращение с концентрированными электролитами, с медикаментами высокого риска и с медикаментами со схожим названием и схожей упаковкой мониторируется через индикатор(ы), которые применяются для повышения безопасности пациента. Мониторинг проводится ежемесячно. Примеры улучшения работы могут включать пересмотр политик или процедур, пересмотр процессов, обучение персонала и др. \*\* |  |
|  |  | |  | **Международная цель по безопасности пациента №4**  **Хирургическая безопасность: правильный участок тела, правильная процедура и правильный пациент.** |  |
| Стандарт 54.0 |  | |  | **54.0 Безопасность пациентов повышается за счет стандартизированной предоперационной верификации (проверки готовности) и тайм-аута, чтобы обеспечить правильную процедуру на правильном участке тела правильному пациенту** | Новый стандарт разработан в соответствии требованиями Всемирной Организации здравоохранения к обеспечению безопасности пациентов |
|  |  | |  | 54.1 Разрабатываются политики или процедуры, описывающие процесс маркировки места операции и (или) инвазивной процедуры, предоперационной проверки и тайм-аута для обеспечения правильного участка тела, правильной процедуры и правильного определения пациента и операции\* |  |
|  |  | |  | 54.2 Участок тела маркируется перед манипуляцией и инвазивной процедурой высокого риска в виде единого знака в рамках всей организации врачом, который будет выполнять процедуру |  |
|  |  | |  | 54.3 Медицинской организацией разрабатываются и внедряются политик и процедуры по верификации перед манипуляциями (проверка готовности) на основе чек-листа или другого инструмента для документации готовности к манипуляции или процедуре высокого риска |  |
|  |  | |  | 54.4 Вся хирургическая команда участвует в процедуре тайм-аута в зоне, где будет проводиться хирургическое вмешательство или инвазивная процедура высокого риска, включающего следующие этапы:  1) идентификация пациента;  2) подтверждение названия процедуры;  3) верификация участка и стороны оперативного вмешательства и инвазивной процедуры;  4) верификация маркировки участка оперативного вмешательства и инвазивной процедуры;  5) верификация необходимого оборудования и инструментария.  Тайм-аут документируется в медицинской карте. |  |
|  |  | |  | 54.5 Предоперационная верификация и процедура тайм-аут мониторируются через индикатор(ы), которые применяются для повышения безопасности пациента. Мониторинг проводится ежемесячно. Примеры улучшения работы могут включать пересмотр политик или процедур, пересмотр процессов, обучение персонала и др. \*\* |  |
|  |  | |  | **Международная цель по безопасности пациента №5**  **Снизить риск инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи через гигиену рук** |  |
| Стандарт 55.0 |  | |  | **55.0 Безопасность пациентов повышается за счет комплексной программы гигиены рук для предотвращения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи** | Новый стандарт разработан в соответствии требованиями Всемирной Организации здравоохранения к обеспечению безопасности пациентов |
|  |  | |  | 55.1 Существуют основанные на доказательной базе (литературе) политики, описывающие виды (уровни), этапы гигиены рук и показания для гигиены рук \* |  |
|  |  | |  | 55.2 Политики по гигиене рук выполняются по всей медицинской организации |  |
|  |  | |  | 55.3 Имеются достаточные ресурсы для выполнения процедур мытья и дезинфекции рук |  |
|  |  | |  | 55.4 Сотрудники обучаются по видам, этапам гигиены рук и показаниям для гигиены рук \*\* |  |
|  |  | |  | 55.5 Практика гигиены рук мониторируется через индикатор(ы), которые применяются для повышения безопасности пациента. Мониторинг проводится ежемесячно. Примеры улучшения работы могут включать пересмотр политик или процедур, пересмотр процессов, обучение персонала и др. \*\* |  |
|  |  | |  | **Международная цель по безопасности пациента №6**  **Снизить риск вреда вследствие падений пациента** |  |
| Стандарт 56.0 |  | |  | **56.0 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 |
|  |  | |  | 56.1 Существуют политики или процедуры профилактики падений, которые направлены на предотвращение падений и травм от падений. Соответствующий персонал обучается политикам и процедурам \* |  |
|  |  | |  | 56.2 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 |  |
|  |  | |  | 56.3 Оценка и переоценка риска падения выполняется, когда это требуется и своевременно документируется в медицинской карте \*\* |  |
|  |  | |  | 56.4 Руководство медицинской организации берет на себя обязательство снижать риск падения: обучать персонал безопасной перекладке пациента на и из носилки, ручную транспортировку, обеспечение средствами переноса пациента. Выполняются действия по профилактике падений, включая сопровождение пациентов с высоким риском падения и другие действия, определенные в политиках или процедурах организации. |  |
|  |  | |  | 56.5 Число падений пациентов мониторируются через индикатор, который применяется для повышения безопасности пациента. Мониторинг проводится ежемесячно. Примеры улучшения работы могут включать пересмотр политик или процедур, пересмотр процессов, обучение персонала и др. \*\* |  |
|  |  | |  | **Международная цель по безопасности пациента №7**  **Безопасное соединение катетеров и трубок** |  |
| Стандарт 57.0 |  | |  | **57.0 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 |
|  |  | |  | 57.1 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 \*\* |  |
|  |  | |  | 57.2 Соединения трубок и катетеров перепроверяются или обговариваются вслух после перемещения (смены положения) пациента, при переводе пациента в другое подразделение или медицинскую организацию |  |
|  |  | |  | 57.3 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) |  |
|  |  | |  | 57.4 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. |  |
|  |  | |  | 57.5 Пациенты и члены их семей информированы о запрете на самостоятельное подключение или отключение катетеров и трубок |  |
|  |  | |  | **D2: Права пациента** |  |
| Стандарт 58.0 |  | |  | **58.0 ПОЛИТИКИ И ПРОЦЕДУРЫ ПО ПРАВАМ И ОБЯЗАННОСТЯМ ПАЦИЕНТА**  **Медицинская организация выполняет политики или 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 |
|  |  | |  | 58.1 Медицинская организация разрабатывает и внедряет политики или процедуры, направленные на соблюдение прав пациента и включает в этот процесс пациентов и семью\*\* |  |
|  |  | |  | 58.2 Права и обязанности пациентов и членов семьи перечисляются в документе, который доступен для пациентов в письменной форме в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан \*\* \*\*\* |  |
|  |  | |  | 58.3 Пациенты информируются о своих правах, обязанностях и о солидарной ответственности за свое здоровье, которое включает информирование врача о предыдущих заболеваниях, лечении, обследованиях, а также комплаентности (следованию рекомендациям медицинского персонала). |  |
|  |  | |  | 58.4 Медицинская организация уважает права пациентов по определению того, какая информация относительно их лечения будет предоставлена членам семьи или другим лицам.  Пациент имеет право пользоваться услугами духовных служителей, когда он выражает потребность в них. |  |
|  |  | |  | 58.5 Все сотрудники осведомлены о правах пациента и могут объяснить свою обязанность по защите прав пациента |  |
| Стандарт 59.0 |  | |  | **59.0 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 |
|  |  | |  | 59.1 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 |  |
|  |  | |  | 59.2 Пациенты с языковым барьером получают помощь сотрудников медицинской организации для облегчения получения медицинской помощи |  |
|  |  | |  | 59.3 Персонал выявляет какие-либо особые культурные или духовные предпочтения пациентов и не ограничивает доступ пациентов к духовной помощи |  |
|  |  | |  | 59.4 Право пациента на личную безопасность и охрану соблюдается через систему охраны и определенный организацией уровень ответственности по защите имущества пациента от потери |  |
|  |  | |  | 59.5 Организация выявляет другие барьеры в медицинском уходе и принимает меры по их снижению |  |
| Стандарт 60.0 |  | |  | **60.0 ПРИВАТНОСТЬ И КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ИНФОРМАЦИИ**  **Соблюдаются права пациента на неприкосновенность частной жизни (приватность), конфиденциальность информации, достойное и уважительное отношение к пациенту** | Новый стандарт внедрен в соответствии с международными требованиями |
|  |  | |  | 60.1 Соблюдается право пациента на приватность при опросах, осмотрах, процедурах, лечении и транспортировке |  |
|  |  | |  | 60.2 Конфиденциальность информации о пациенте сохраняется в соответствии с требованиями законодательных актов Республики Казахстан \*\*\* |  |
|  |  | |  | 60.3 Сотрудники определяют ожидания и потребности пациентов в приватности (конфиденциальности) в процессе лечения и предоставления ухода |  |
|  |  | |  | 60.4 Сотрудники осведомлены о законах и нормативных правовых актах Республики Казахстан \*\*\*, регулирующих конфиденциальность информации и информируют пациентов о том, как медицинская организация обеспечивает их приватность и конфиденциальность информации |  |
|  |  | |  | 60.5 Персонал проявляет уважительное отношение к пациенту на всех этапах лечения |  |
| Стандарт 61.0 |  | |  | **61.0 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 |
|  |  | |  | **61.1** В организации существует и используется процесс получения обращений от пациентов и их семей относительно нарушения их прав\*\* |  |
|  |  | |  | **61.2** Разрабатываются политики или процедуры, утвержденные руководством медицинской организации по процессу сбора, приоритезации и расследования обращений пациентов и их семей в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан. \*\*\* |  |
|  |  | |  | **61.3** Обращения пациентов и их семей расследуются своевременно и объективно в течение определенного законодательными актами Республики Казахстан периода времени \*\*\* |  |
|  |  | |  | **61.4** Пациенты и их семьи информируются о ходе и результате расследования |  |
|  |  | |  | **61.5** Сотрудниками службы поддержки пациента и контроля качества обращения заносятся в журнал регистрации, мониторируется процесс работы с обращениями и результаты расследования используются для повышения качества медицинских услуг |  |
| Стандарт 62.0 |  | |  | **62.0 ОБЩЕЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ**  **Медицинской организацией внедряются политики или процедуры получения общего информированного добровольного согласия пациента на медицинские услуги** | 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 |
|  |  | |  | 62.1 Процесс получения общего информированного добровольного согласия пациента или лица, принимающего решение от лица пациента на медицинские услуги в данной медицинской организации, определяется в политиках или процедурах, утвержденных руководством медицинской организации в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан. \*\*\* |  |
|  |  | |  | 62.2 Разрабатывается и утверждается руководством медицинской организации единая форма записи общего информированного добровольного согласия пациента или лица, принимающего решение от лица пациента на медицинские услуги в данной медицинской организации |  |
|  |  | |  | 62.3 Ответственные сотрудники обучены процессу получения общего информированного добровольного согласия пациента или лица, принимающего решение от лица пациента на медицинские услуги и получают согласие пациента, используя понятное и доступное изложение. |  |
|  |  | |  | 62.4 При использовании общего информированного добровольного согласия пациенты или лица, принимающие решения от имени пациентаинформируются об исследованиях, процедурах и лечениях требующих отдельного специального информированного согласия |  |
|  |  | |  | 62.5 В общем информированном добровольном согласии пациента или лица, принимающего решение от лица пациента на медицинские услуги, оговаривается, может ли вестись фото- и видеосъемка в целях безопасности или для рекламы и если да, то когда |  |
| Стандарт 63.0 |  | |  | **63.0 СПЕЦИАЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**  **Медицинской организацией внедряются политики или процедуры получения специального информированного добровольного согласия пациента на медицинские услуги перед анестезией, процедурной седацией, а также при других процедурах высокого риска** | 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 |
|  |  | |  | 63.1 Руководством медицинской организации утверждаются политики или процедуры, описывающие получение специального информированного добровольного согласия пациента и список процедур высокого риска, требующих получение специального добровольного информированного согласия пациента. Список разрабатывается совместно с врачами и лицами, которые оказывают процедуры и лечение высокого риска.\* |  |
|  |  | |  | 63.2 Разрабатывается и утверждается руководством медицинской организации единая форма записи специального информированного добровольного согласия пациента или лица, принимающего решение от лица пациента на процедуры высокого риска |  |
|  |  | |  | 63.3 Ответственные сотрудники обучены процессу получения специального информированного добровольного согласия пациента или лица, принимающего решение от лица пациента на процедуры и лечение высокого риска, и получают согласие пациента, используя понятное и доступное изложение. |  |
|  |  | |  | 63.4 Предоставляемая в специальном информированном добровольном согласии пациента на процедуры и лечение высокого риска информация включает:   1. состояние пациента; 2. предлагаемое лечение; 3. имя сотрудника, предоставляющего лечение; 4. возможные преимущества и недостатки; 5. возможные альтернативы; 6. вероятность успеха; 7. возможные проблемы, связанные с восстановлением / пробуждением;   возможные результаты в случае отказа от лечения |  |
|  |  | |  | 63.5 Информированное добровольное согласие пациента берется и документируется в медицинской карте перед процедурой высокого риска, анестезией и седацией, перед участием в научном проекте или в экспериментальном лечении и в других ситуациях, определенных медицинской организацией \*\* |  |
| Стандарт 64.0 |  | |  | **64.0 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 |
|  |  | |  | 64.1 Руководством медицинской организации утверждаются политики или процедуры, описывающие право пациента на отказ от предложенной медицинской помощи полностью или частично от продолжения лечения с учетом законодательных актов Республики Казахстан \* \*\*\* |  |
|  |  | |  | 64.2 Форма отказа от предложенной медицинской помощи утверждается руководством медицинской организации |  |
|  |  | |  | 64.3 Пациент имеет право на получение второго мнения о лечении от другого врача или другой организации без страха ухудшения взаимоотношения с врачом. Например, от врача, работающего в частной медицинской организации. |  |
|  |  | |  | 64.4 В медицинской организации существует процесс документирования отказа пациента от определенного лечения, части лечения или от госпитализации\* |  |
|  |  | |  | 64.5 Персонал уважает право пациента отказаться от лечения и информирует о возможных рисках, осложнениях вследствие отказа и об альтернативных видах лечения |  |
| Стандарт 65.0 |  | |  | **65.0 НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**  **Участие пациента в научных исследованиях или экспериментальном лечении проводится с соблюдением прав пациента и законодательных актов Республики Казахстан** \*\*\* | Новый стандарт  внедрен в связи с проведением научных исследований или экспериментального лечения в медицинских организациях. |
|  |  | |  | 65.1 Создается и работает Локальный Этический Комитет, который наблюдает за проведением научных исследований с вовлечением пациента или экспериментального лечения \*\* |  |
|  |  | |  | 65.2 В политиках или процедурах, утвержденных медицинской организацией прописываются функции Локального Этического Комитета, включающие обзор научного исследования, анализ ожидаемых преимуществ и рисков для безопасности пациента и принятие решения о проведении исследования \*\* |  |
|  |  | |  | 65.3 Руководством медицинской организации определяется лицо, осуществляющее контроль за проведение и координацию научного исследования с вовлечением пациента (главный исследователь) |  |
|  |  | |  | 65.4 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 |  |
|  |  | |  | 65.5 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 66.0 |  | |  | **66.0 КОНТРОЛЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА СТУДЕНТОВ, СЛУШАТЕЛЕЙ РЕЗИДЕНТУРЫ, ДРУГИХ ЛИЦ ОБУЧАЮЩИХСЯ НА БАЗЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**  **Медицинская организация осуществляет контроль образовательного процесса студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации в соответствии с утвержденными руководством медицинской организацией политиками и процедурами** | Новый стандарт. Внедрен в связи с нахождением медицинских студентов и курсантов на базах медицинских организаций и необходимостью обеспечения безопасности пациентов |
|  |  | |  | 66.1 Руководством медицинской организации разрабатываются политики или процедуры по осуществлению контроля образовательного процесса студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации |  |
|  |  | |  | 66.2 Имеется список студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организациии документы, подтверждающие их учебный статус \*\*\*\* |  |
|  |  | |  | 66.3 Для студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации, определяется уровень самостоятельности в оказании медицинской помощи (что имеют право делать под наблюдением, а что самостоятельно) \*\* |  |
|  |  | |  | 66.4 Медицинская организация определяет ответственных лиц для осуществления контроля образовательного процесса |  |
|  |  | |  | 66.5 Студенты, слушатели резидентуры, другие лица, обучающиеся на базе медицинской организации, проходят инструктаж с целью обеспечения безопасности пациентов (например, гигиена рук, применение средств индивидуальной защиты) \*\* |  |
|  |  | |  | **D3: Основы клинического ухода** |  |
| Стандарт 67.0 |  | |  | **67.0 ТРИАЖ ПАЦИЕНТОВ**  **Процесс обслуживания пациентов скорой медицинской помощи стандартизован** | Критерий выделен в новый стандарт в связи с необходимостью стандартизованности процесса обслуживания пациентов скорой медицинской помощи |
|  |  | |  | 67.1 Внедряются политики, описывающие критерии триажа пациентов либо осмотра на месте вызова◙ |  |
|  |  | |  | 67.2 Проводится приоритизация лечения в соответствии с неотложностью/экстренностью ситуации |  |
|  |  | |  | 67.3 Проводится оценка потребности в дополнительных ресурсах и запросах при необходимости на месте инцидента |  |
|  |  | |  | 67.4 Проводится оценка пациента на наличие показаний для лечения и транспортировки в надлежащую организацию здравоохранения |  |
|  |  | |  | 67.5 Персонал обучается критериям триажа, на основе которых определяется потребность пациента в экстренной или неотложной помощи |  |
| Стандарт 68.0 |  | |  | **68.0 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 |
|  |  | |  | 68.1 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. |  |
|  |  | |  | 68.2 Медицинской организацией внедряются политики и процедуры, описывающие особенности осмотра, лечения, обращения с пациентами группы риска \* |  |
|  |  | |  | 68.3 Форма осмотра пациента по необходимости дополняется информацией, важной для пациентов группы риска (модификация формы осмотра) |  |
|  |  | |  | 68.4 Персонал обучается политикам и требованиям, связанным с лечением пациентов группы риска |  |
|  |  | |  | 68.5 При выявлении жертв насилия организация контактирует с заинтересованными социальными, правоохранительными органами и иными организациями |  |
| Стандарт 69.0 |  | |  | **69.0 СОДЕРЖАНИЕ ПЕРВИЧНОГО ОСМОТРА**  **Первичный осмотр имеет достаточную информацию 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 |
|  |  | |  | 69.1 Первичный осмотр включает в себя анамнез заболевания, аллергологический анамнез, подробный медикаментозный анамнез |  |
|  |  | |  | 69.2 Первичный осмотр включает в себя оценку боли, жизненно-важные показатели, физикальное обследование, и если применимо, локальный статус |  |
|  |  | |  | 69.3 Первичный осмотр включает в себя нутриционный скрининг для выявления проблем питания и функциональный скрининг для выявления проблем самообслуживания и передвижения |  |
|  |  | |  | 69.4 Первичный осмотр включает в себя оценку риска венозной тромбоэмболии для пациентов, которым это применимо, с целью выявления пациентов, нуждающихся в интервенции для снижения риска венозной тромбоэмболии |  |
|  |  | |  | 69.5 Первичный осмотр включает в себя оценку эмоционального и психического состояния пациента |  |
| Стандарт 70.0 |  | |  | **70.0 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 |
|  |  | |  | 70.1 План лечения разрабатывается индивидуально на основе первичного осмотра, повторных осмотров через определенные промежутки времени, результатов обследований |  |
|  |  | |  | 70.2 В разработку плана лечения вовлекается команда (врач, фельдшер, медицинская сестра и другие специалисты) |  |
|  |  | |  | 70.3 План лечения по возможности включает цели или желаемые результаты лечения |  |
|  |  | |  | 70.4 План лечения соответствует утвержденным в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан \*\*\* или руководством медицинской организации, основанным на доказательной базе клиническим протоколам диагностики и лечения (смотреть также стандарт 10.0) |  |
|  |  | |  | 70.5 План лечения своевременно отражается в медицинской карте вызова и пациенту назначаются необходимые консультации специалистов, исследования, лекарственная и иная терапия |  |
| Стандарт 71.0 |  | |  | **71.0 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 |
|  |  | |  | 71.1 Состояние пациента наблюдается и документируется в динамике с целью оценки достижения целей или желаемых результатов от плана лечения |  |
|  |  | |  | 71.2 Повторные осмотры пациента проводятся через определенные промежутки времени в зависимости от состояния пациента и в соответствии с политиками медицинской организации◙ |  |
|  |  | |  | 71.3 План лечения обновляется, когда меняется состояние, диагноз пациента или на основе новой информации или по результатам повторных осмотров |  |
|  |  | |  | 71.4 Повторные осмотры пациента документируются в медицинской карте вызова с указанием состояния пациента в динамике |  |
|  |  | |  | 71.5 По результатам повторной оценки обновляется категория срочности в соответствии с состоянием пациента, при необходимости пересматриваются цели и ожидаемые результаты, схемы и сроки лечения. |  |
| Стандарт 72.0 |  | |  | **72.0 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ГРУППЫ РИСКА**  **При лечении пациентов группы риска персонал руководствуется политикой и процедурами \*** | Критерий выделен в новый стандарт в связи с важностью лечения и ухода за пациентами, имеющими высокий риск |
|  |  | |  | 72.1 Медицинская организация руководствуется политикой и процедурами по лечению пациентов в критическом состоянии, для применения реанимационных пособий, пациентов, которые подключены к аппаратам жизнеобеспечения или находятся в коме |  |
|  |  | |  | 72.2 Медицинская организация утверждает политики или процедуры по ведению пациентов с инфекционными болезнями, пациентами с пониженным иммунитетом, уязвимыми категориями пациентов (престарелые, инвалиды и дети) в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан \*\*\* |  |
|  |  | |  | 72.3 Медицинская организация устанавливает критерии использования механических средств удерживания/фиксации пациентов. |  |
|  |  | |  | 72.4 В разработке критериев использования механических средств удерживания/фиксации пациентов, принимают участие реаниматологи, и сотрудники обучаются применению критериев |  |
|  |  | |  | 72.5 Медицинские карты вызова пациентов отражают состояние пациента, которое соответствует установленным критериям при осуществлении лечения пациентов, имеющих высокий риск |  |
| Стандарт 73.0 |  | |  | **73.0 ТРАНСПОРТИРОВКА ПАЦИЕНТА**  **Перемещение пациентов из места вызова в медицинскую организацию, между организациями или в определенных случаях домой основывается на физиологических критериях \*** | Новый стандарт  Внедрен в соответствии с международной практикой для повышения безопасности пациентов |
|  |  | |  | 73.1 Перемещение пациентов из места вызова основывается на физиологических критериях и потребностях пациента в получении непрерывного лечения и ухода |  |
|  |  | |  | 73.2 Медицинская организация рассматривает передачу ответственности на другую медицинскую организацию или в другие условия и определяет осуществляющее контроль лицо во время перемещения |  |
|  |  | |  | 73.3 Медицинская организация проводит процесс перемещения пациента из места вызова на основании критериев целесообразности перемещения и определяет, когда перемещение не возможно |  |
|  |  | |  | 73.4 Соответствующий квалифицированный сотрудник проводит мониторинг состояния пациента |  |
|  |  | |  | 73.5 Соблюдается документирование процесса перемещения пациента из места вызова в медицинской карте вызова пациента |  |
| Стандарт 74.0 |  | |  | **74.0 НЕПРЕРЫВНОСТЬ УХОДА**  **Во время доставки/транспортировки пациента в медицинскую организацию соблюдается непрерывность ухода \*** | Критерий выделен в новый стандарт в связи с важностью непрерывности ухода |
|  |  | |  | 74.1 Принимающей организации здравоохранения предоставляется устная информация о пациенте, подкрепляющаяся сопроводительным листом к карте вызова пациента |  |
|  |  | |  | 74.2 Медицинская организация заблаговременно оповещает принимающую организацию здравоохранения о прибытии или передаче всех пациентов, находящихся в предсмертном состоянии |  |
|  |  | |  | 74.3 Во время передачи пациента в другую организацию здравоохранения, бригада скорой помощи забирает от направляющей организации клиническое резюме или выписку из медицинской документации |  |
|  |  | |  | 74.4 Клиническое резюме или выписка из медицинской документации передается вместе с пациентом |  |
|  |  | |  | 74.5 Клиническое резюме или выписка из медицинской документации содержит информацию о состоянии пациента, проведенных процедурах и вмешательствах, потребности пациента в непрерывном уходе |  |
| Стандарт 75.0 |  | |  | **75.0 ДОСТУПНОСТЬ УСЛУГ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ**  **Медицинская организация удовлетворяет потребности пациента в доступе к медицинской помощи** | Отдельный стандарт в связи с важностью удовлетворения потребности пациента в доступе к медицинской помощи |
|  |  | |  | 75.1 Разрабатываются процедуры информирования населения, соответствующих служб и других медицинских организаций о порядке получения скорой медицинской помощи в соответствии с категориями срочности |  |
|  |  | |  | 75.2 Медицинская организация устанавливает и реализовывает процесс реагирования на запросы общественности и средства массовой информации |  |
|  |  | |  | 75.3 Медицинская организация в круглосуточном режиме выдает устную информацию при личном обращении населения или по телефону о местонахождении пациентов или пострадавших при несчастных случаях, которым была оказана медицинская помощь |  |
|  |  | |  | 75.4 Налаживается тесное взаимодействие медицинской организации с аварийными службами |  |
|  |  | |  | 75.5 Сотрудники обучаются процедурам взаимодействия медицинской организации с аварийными службами |  |
| Стандарт 76.0 |  | |  | **76.0 УДОВЛЕТВОРЕНИЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ УМИРАЮЩИХ ПАЦИЕНТОВ**  **Медицинская организация удовлетворяет потребности умирающих пациентов** | Критерий выделен в новый стандарт в связи с важностью удовлетворения потребностей умирающих пациентов |
|  |  | |  | 76.1 Персонал медицинской организации оказывает помощь умирающим пациентам и семье в управлении болью и симптомами, осуществляя уход с уважением и состраданием |  |
|  |  | |  | 76.2 Персонал медицинской организации уважительно относится к духовным и культурным предпочтениям пациента и членов семьи. |  |
|  |  | |  | 76.3 Персонал обучается политике организации в отношении приостановки услуг по реанимации или воздержания, и приостановки лечения по поддержанию жизнедеятельности |  |
|  |  | |  | 76.4 Организация взаимодействует с внешними организациями для оказания социальной, психологической, духовной и культурной поддержки пациенту или членам семьи умирающего пациента. |  |
|  |  | |  | 76.5 Медицинская организация разрабатывает процедуру по обращению с пациентом, умершим после вызова (до доезда скорой помощи) или в присутствии сотрудника скорой помощи. |  |
| Стандарт 77.0 |  | |  | **77.0 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 |
|  |  | |  | 77.1 Руководством медицинской организации определяется квалифицированное ответственное лицо, осуществляющее контроль анестезиологической службы и всех услуг по анестезии и седации. Функции квалифицированного ответственного лица прописываются в должностной инструкции |  |
|  |  | |  | 77.2 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 |  |
|  |  | |  | 77.3 Оказываемые услуги по седации и анестезии соответствуют законодательным актами Республики Казахстан \*\*\*, а также профессиональным стандартам, клиническим протоколам диагностики и лечения |  |
|  |  | |  | 77.4 Услуги по седации и анестезии являются доступными для экстренных ситуаций |  |
|  |  | |  | 77.5 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 78.0 |  | |  | **78.0 АНЕСТЕЗИЯ**  **Разрабатываются и внедряются политики или руководство по анестезии \*** | Выделен в отдельный стандарт в соответствии с международными требованиями |
|  |  | |  | 78.1 Перед проведением анестезии анестезиологом проводится и документируется в медицинской карте предварительный осмотр пациента (смотреть критерий 18.1) |  |
|  |  | |  | 78.2 Непосредственно перед началом анестезии анестезиологом проводится и документируется прединдукционная оценка пациента |  |
|  |  | |  | 78.3 Физиологический статус во время анестезии на основе жизненно-важных функций наблюдается и документируется 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 политиках |  |
|  |  | |  | 78.4 Пост-анестезиологический статус каждого пациента на основе жизненно-важных функций наблюдается и документируется каждые 30 минут для каждого пациента с указанием времени начала и конца пробуждения |  |
|  |  | |  | 78.5 Решение о пробуждении пациента принимается анестезиологом в соответствии с утвержденными руководством медицинской организации политиками и процедурами |  |
| Стандарт 79.0 |  | |  | **79.0 СЕДАЦИЯ**  **Разрабатываются и внедряются политики, процедуры или руководство по седации \*** | Выделен в отдельный стандарт в соответствии с международными требованиями |
|  |  | |  | 79.1 Перед проведением седации квалифицированный врач проводит и документирует в медицинской карте предварительный осмотр пациента (смотреть критерий 18.1) |  |
|  |  | |  | 79.2 В политиках или процедурах, утвержденных руководством медицинской организации, перечисляются все места, где седация проводится для сопровождения болезненной процедуры (процедурная седация) |  |
|  |  | |  | 79.3 При проведении процедурной седации являются доступными лекарственные средства и изделия медицинского назначения для оказания экстренной помощи |  |
|  |  | |  | 79.4 При проведении процедурной седации присутствует лицо, владеющее навыками углубленной реанимационной помощи (врач-анестезиолог либо врач с действующим сертификатом по углубленной сердечно-легочной реанимации) |  |
|  |  | |  | 79.5 Восстановление после седации определяется на основе критериев пробуждения, которые документируются в медицинской карте |  |
| Стандарт 80.0 |  | |  | **80.0 КОД СИНИЙ**  **Услуги реанимации являются доступными по всей организации \*** | Выделен в отдельный стандарт в соответствии с международными требованиями |
|  |  | |  | 80.1 Круглосуточно на территории медицинской организации являются доступными услуги реанимации (оказание базовой и углубленной сердечно-легочной реанимации или «код синий») |  |
|  |  | |  | 80.2 Стандартизованный набор лекарственных средств, изделий медицинского назначения и оборудования для оказания базовой и углубленной сердечно-легочной реанимации поддерживается в постоянной готовности |  |
|  |  | |  | 80.3 Внедряются политики или процедуры, описывающие порядок оказания базовой и углубленной сердечно-легочной реанимации |  |
|  |  | |  | 80.4 Углубленная (расширенная) сердечно-легочная реанимация оказывается в течение 3 минут на территории медицинской организации |  |
|  |  | |  | 80.5 Медицинские работники обучаются оказанию базовой сердечно-легочной реанимации |  |
| Стандарт 81.0 |  | |  | **81.0 ОПЕРАЦИИ/ИНВАЗИВНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ**  **Своевременно и подробно оформляется документация о проводимой операции/инвазивной процедуре**◙ | Выделен в отдельный стандарт в связи важностью своевременного и подробного оформления документации о проводимой операции/инвазивной процедуре |
|  |  | |  | 81.1 Вне зависимости от срочности операции/инвазивной процедуры, до начала процедуры врач проводит осмотр и документирует его в медицинской карте вызова |  |
|  |  | |  | 81.2 Запись в медицинской карте вызова содержит обоснование или причину операции/ инвазивной процедуры, диагноз, название планируемой процедуры |  |
|  |  | |  | 81.3 Медицинской организацией разрабатываются и утверждаются формы информированного согласия на операции/инвазивные процедуры и пациенту говорится о преимуществах, рисках (возможных осложнениях) и альтернативах предлагаемого метода лечения |  |
|  |  | |  | 81.4 Психологическое состояние пациента непрерывно мониторируется во время и сразу же после процедуры |  |
|  |  | |  | 81.5 Информация о данных процедурах и лицах, проводивших их, а также полученные результаты своевременно фиксируются в карте вызова пациента. |  |
|  |  | |  | **РАЗДЕЛ E: СПЕЦИАЛЬНЫЕ СЛУЖБЫ** |  |
|  |  | |  | **Раздел Е.1. Коммуникационые центры неотложной/скорой помощи**  **Коммуникационные центры неотложной/скорой медицинской помощи эффективно поддерживают реагирование службы скорой/неотложной помощи на инциденты и необходимость транспортировки пациентов** |  |
| Стандарт 82.0 |  | |  | **82.0 РАЗРАБОТКА И МОНИТОРИНГ ПЛАНА РАБОТЫ**  **Руководители медицинской организации планируют и мониторируют услуги коммуникационного центра** | Выделен в отдельный стандарт в связи со значимостью разработки и мониторинга плана работы для эффективной работы коммуникационного центра |
|  |  | |  | 82.1 Руководством медицинской организации утверждается план для эффективной работы коммуникационного центра, проводится надлежащий мониторинг по реализации плана |  |
|  |  | |  | 82.2 Мониторинг плана включает определение областей реагирования, наличие необходимых материально-технических и человеческих ресурсов реагирования, с обязательным охватом периодов максимальной нагрузки. |  |
|  |  | |  | 82.3 Мониторинг плана включает реагирование на инциденты с большим количеством жертв и катастрофы |  |
|  |  | |  | 82.4Мониторинг плана включает координацию критических инцидентов |  |
|  |  | |  | 82.5 Мониторинг плана включает предоставление исчерпывающей интегрированной 24-часовой коммуникационной системы |  |
| Стандарт 83.0 |  | |  | **83.0 КАТЕГОРИРОВАНИЕ ВЫЗОВОВ**  **План работы включает в себя определенный процесс для того, чтобы четко категорировать вызовы согласно уровню реагирования и категории срочности** | Выделен в отдельный стандарт для улучшения деятельности медицинской организации, повышения срочности, качества обслуживания вызовов |
|  |  | |  | 83.1 Разрабатываются политики и процедуры и внедряются процедуры категорирования вызовов для каждого запроса на услугу |  |
|  |  | |  | 83.2 Все вызовы службы подвергаются категорированию (на этапе диспетчера «103») |  |
|  |  | |  | 83.3 Процесс категорирования вызовов предоставляется в единый общественный диспетчерский пункт реагирования |  |
|  |  | |  | 83.4 Процесс категорирования вызовов подвергается мониторингу |  |
|  |  | |  | 83.5 Определяются ответственные лица по реализации процесса категорирования вызовов согласно уровню реагирования и категории срочности |  |
| Стандарт 84.0 |  | |  | **84.0 СТАНДАРТЫ ПО ВРЕМЕНИ РЕАГИРОВАНИЯ**  **План включает в себя стандарты по времени реагирования** | Стандарт 84.0 внедрен в связи с важностью времени реагирования и соблюдения соответствия стандартов законодательным актам Республики Казахстан |
|  |  | |  | 84.1 Стандарты соответствуют законодательным актам Республики Казахстан \*\*\* |  |
|  |  | |  | 84.2 Стандарты охватывают различные области предоставления услуг |  |
|  |  | |  | 84.3 Стандарты охватывают различные диспетчерские категории |  |
|  |  | |  | 84.4 Стандарты охватывают время ожидания вызова |  |
|  |  | |  | 84.5 Стандарты подвергаются мониторингу с использованием единых часов либо регулярно синхронизированных часов |  |
| Стандарт 85.0 |  | |  | **85.0 ПРИЕМ И ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ ИНФОРМАЦИИ О ЗАЯВКАХ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ**  **Коммуникационный центр использует процесс для получения и документирования информации о заявках на предоставление услуг** | Выделен в отдельный стандарт по требованиям международных стандартов |
|  |  | |  | 85.1 Проводится фиксирование (запись) номера телефона для обратной связи с вызывающим лицом, адреса инцидента или необходимой услуги, повода для вызова или сути запроса или жалобы |  |
|  |  | |  | 85.2 Проводится фиксирование (запись) экстренности или неотложности запроса |  |
|  |  | |  | 85.3 Проводится фиксирование (запись) инструкций |  |
|  |  | |  | 85.4 Проводится фиксирование (запись) необходимости содействия от другой организации |  |
|  |  | |  | 85.5 Прямые, срочные коммуникации поддерживаются постоянно между:  1) диспетчером и звонящим лицом;  2) диспетчером и бригадой скорой помощи |  |
| Стандарт 86.0 |  | |  | **86.0 ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ ДЛЯ БЕСПЕРЕБОЙНОЙ РАБОТЫ КОММУНИКАЦИОННОГО ЦЕНТРА**  **Медицинской организацией внедряется система бесперебойного получения и обмена информацией** | Выделен в отдельный стандарт в связи с важностью внедрения системы бесперебойного получения и обмена информацией для улучшения качества оказываемых медицинских услуг |
|  |  | |  | 86.1 Руководством медицинской организации обеспечивается наличие необходимых ресурсов по бесперебойному обмену информацией |  |
|  |  | |  | 86.2 Осуществляется своевременная регистрация неотложных и других вызовов (ответы на телефон и другие) |  |
|  |  | |  | 86.3 Организация работы диспетчерской службы соответствует установленным требованиям |  |
|  |  | |  | 86.4 Имеется в наличии и бесперебойно обеспечивает обмен информацией спутниковая навигационная система |  |
|  |  | |  | 86.5 В бесперебойном обмене информацией используются радиокоммуникации, цифровое картографирование |  |
|  |  | |  | **Раздел Е.2.** **СЛУЖБА НАЗЕМНОЙ СКОРОЙ/НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ**  **Служба наземной скорой/ неотложной медицинской помощи эффективно поддерживает реагирование на инциденты и необходимость транспортировки пациентов** | Выделен в отдельный стандарт в связи с важностью службы наземной скорой/ неотложной медицинской помощи для эффективного поддерживания реагирования на инциденты и необходимость транспортировки пациентов |
| Стандарт 87.0 |  | |  | **87.0 Служба наземной скорой/неотложной помощи соответствует потребностям пациентов** |  |
|  |  | |  | 87.1 Руководством медицинской организации обеспечиваются необходимые ресурсы для эффективного оказания доврачебной неотложной помощи на ожидаемом уровне |  |
|  |  | |  | 87.2 наземной скорой/неотложной помощи способна реагировать в разных клинических областях с использованием необходимого оборудования |  |
|  |  | |  | 87.3 Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи осуществляется линейными (врачебными, фельдшерскими), и специализированными бригадами в соответствии с потребностями населения |  |
|  |  | |  | 87.4 Объем медицинской помощи предоставляется в соответствии со стандартами (протоколами диагностики и лечения, клиническими руководствами и протоколами, алгоритмами). |  |
|  |  | |  | 87.5 Все этапы оказания экстренной и неотложной медицинской помощи стандартизированы |  |
| Стандарт 88.0 |  | |  | **88.0 САНИТАРНЫЙ АВТОТРАНСПОРТ**  **Разрабатываются и внедряются политики или процедуры по организации оказания медицинской помощи в форме санитарного автотранспорта в соответствии с установленными требованиями и потребностями пациентов** | Выделен в отдельный стандарт в связи с важностью разработки и внедрения правил по организации оказания медицинской помощи в форме санитарного автотранспортав соответствии с установленными требованиями и потребностями пациентов |
|  |  | |  | 88.1 Санитарный автотранспорт оснащен достаточным количеством оборудования, лекарственных средств расходных материалов, необходимых для предоставления скорой/неотложной помощи, в зависимости от типа бригады и типа обслуживаемых пациентов. |  |
|  |  | |  | 88.2 Санитарный автотранспорт для поддержания основных функций жизнедеятельности пациента обеспечен специалистами по оказанию первой помощи. Водитель обучен мерам первой помощи (базовой сердечно-легочной реанимации) и транспортировке, перекладке пациента. |  |
|  |  | |  | 88.3 Имеется достаточное пространство для осмотра, лечения пациента и свободного перемещения медицинского персонала, включая ситуации, критические по времени или ситуации, требующие медицинской помощи повышенной сложности |  |
|  |  | |  | 88.4 Автотранспорт застрахован и принимаются меры по профилактике и снижению частоты дорожно-транспортных происшествий:   1. обучение водителей особенностям транспортировки пациентов в критическом состоянии, 2. особенности вождения в экстремальных погодных условиях и в часы пик, 3. качество шин согласно времени года, 4. своевременный технический осмотр и ремонт, 5. сбор данных по случаям дорожно-транспортных происшествий и анализ каждого дорожно-транспортного происшествия, 6. вводный инструктаж водителей при приеме на работу и периодический инструктаж после каждого случая дорожно-транспортного происшествия,   своевременное списание и обновление (закуп) автотранспорта не реже, чем раз в шесть лет. |  |
|  |  | |  | 88.5 |  |
|  |  | |  | **Раздел Е.3.** **СЛУЖБА ВОЗДУШНОЙ СКОРОЙ/НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ**  **Служба воздушной скорой/ неотложной медицинской помощи эффективно поддерживает реагирование на инциденты и необходимость транспортировки пациентов** |  |
| Стандарт 89.0 |  | |  | **89.0 Служба воздушной скорой/неотложной помощи соответствует потребностям пациентов** | Выделен в отдельный стандарт в связи с важностью службы воздушной скорой/ неотложной медицинской помощи для эффективного поддерживания реагирования на инциденты и необходимость транспортировки пациентов |
|  |  | |  | 89.1 Руководством медицинской организации обеспечены необходимые ресурсы для эффективного предоставления неотложной помощи на ожидаемом уровне и вылета на место инцидента |  |
|  |  | |  | 89.2 Служба воздушной скорой/неотложной помощи способна реагировать в разных клинических областях с использованием необходимого оборудования |  |
|  |  | |  | 89.3 Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи осуществляется бригадами (республиканский, специализированный и региональный уровни) в соответствии с потребностями пациентов |  |
|  |  | |  | 89.4 Объем медицинской помощи предоставляется в соответствии со стандартами (протоколами диагностики и лечения, клиническими руководствами и протоколами, алгоритмами). |  |
|  |  | |  | 89.5 Все этапы оказания воздушной скорой/ неотложной медицинской помощи стандартизированы |  |
| Стандарт 90.0 |  | |  | **90.0 ТРАНСПОРТ СЛУЖБЫ ВОЗДУШНОЙ СКОРОЙ/ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**  **Разрабатываются и внедряются политики и процедуры по организации оказания медицинской помощи в форме транспорта службы воздушной скорой/ неотложной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и потребностями пациентов** | Выделен в отдельный стандарт в связи с важностью разработки и внедрения политик и процедур по организации оказания медицинской помощи в форме транспорта службы воздушной скорой/ неотложной медицинской помощив соответствии с установленными требованиями и потребностями пациентов для предоставления скорой/неотложной помощи, как детям, так и взрослым |
|  |  | |  | 90.1 Транспорт службы воздушной скорой/ неотложной медицинской помощи оснащается достаточным количеством оборудования и расходных материалов, необходимых для предоставления скорой/неотложной помощи, как детям, так и взрослым |  |
|  |  | |  | 90.2 Транспорт службы воздушной скорой/ неотложной медицинской помощи для поддержания основных функций жизнедеятельности пациента обеспечивается квалифицированными специалистами по оказанию первой помощи в обстоятельствах, угрожающих жизни пациента |  |
|  |  | |  | 90.3 Имеется достаточное пространство для осмотра, лечения пациента и свободного перемещения медицинского персонала, включая ситуации, критические по времени или ситуации, требующие медицинской помощи повышенной сложности |  |
|  |  | |  | 90.4 Клинический персонал, принимающий участие в трансфере пациента, имеет возможность немедленно связаться с профильным специалистом |  |
|  |  | |  | 90.5 Непосредственную ответственность за пациента во время всего трансфера несет клиническая бригада на борту. |  |
| Стандарт 91.0 |  | |  | **91.0 ОБУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ПЕРСОНАЛА ТРАНСПОРТА СЛУЖБЫ ВОЗДУШНОЙ СКОРОЙ/ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**  **Клиническая команда обучается ключевым аспектам предоставления аэромедицинской помощи и лечения пациентов** | Выделен в отдельный стандарт в связи с важностью обучения ключевым аспектам предоставления аэромедицинской помощи и лечения пациентов для повышения качества  медицинских услуг санитарной авиации |
|  |  | |  | 91.1 Проводится обучение, тестирование знанийпоособым аспектам авиационной физиологии и медицинским услугам санитарной авиации |  |
|  |  | |  | 91.2 Проводится обучение по организационным вопросам воздушно-транспортных услуг и управлению ресурсами бригады |  |
|  |  | |  | 91.3 Обучение вопросам безопасности в воздухе и ознакомление с оборудованием происходит на постоянной основе |  |
|  |  | |  | 91.4 Проводятся обязательные специфические предполетные инструктажи |  |
|  |  | |  | 91.5 Обучение включает сотрудников, в том числе внештатных, студентов, курсантов, резидентов |  |