

**Стандарты аккредитации для организаций здравоохранения,  
оказывающих скорую медицинскую помощь**

**РАЗДЕЛ А «РУКОВОДСТВО»**

№	Измеряемые критерии	Ранги
<b>1.0 УПРАВЛЯЮЩИЙ ОРГАН</b> <b>Функции управляющего органа (Наблюдательный Совет, Совет директоров, Совет учредителей или уполномоченный орган) медицинской организации описаны в документах.</b>		
1.1	Структура и функции управляющего органа медицинской организации, включая делегированные высшему руководителю(-ям) медицинской организации полномочия, описаны в документах (Устав или иной документ). **	III
1.2	Члены Управляющего органа представляются по имени и должности в документах. **	III
1.3	Управляющим органом разрабатывается порядок оценки работы руководителя(-лей) медицинской организации с критериями оценки руководителя(-лей) медицинской организации. *	III
1.4	Управляющий орган ежеквартально рассматривает отчеты медицинской организации об основной деятельности, включая сведения о медицинских ошибках, жалобах и случаях смерти, и результатах проведенного анализа. **	II
1.5	Документируется ежегодная оценка работы управляющего органа и руководителя(-лей) медицинской организации. **	I
<b>2.0 СТРАТЕГИЧЕСКОЕ И ОПЕРАЦИОННОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ</b> <b>Руководители медицинской организации планируют услуги в соответствии с потребностями населения</b>		
2.1	В документе для стратегического планирования (стратегия развития или стратегический план) излагаются миссия, видение, ценности, стратегические цели, задачи и индикаторы исполнения задач. **	III
2.2	Коллективно разработанный документ для стратегического планирования деятельности организации утверждается управляющим органом. **	II

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). **	II
2.4	Руководство ежеквартально проводит мониторинг выполнения операционного плана работы (планов работы подразделений) и данные по индикаторам. **	II
2.5	Руководство планирует бюджет и обеспечивает медицинскую организацию необходимыми ресурсами для реализации стратегических, операционных задач и исполнения протоколов диагностики и лечения. **	I

### **3.0 ОПЕРАЦИОННОЕ УПРАВЛЕНИЕ**

**Эффективное управление медицинской организации осуществляется в соответствии с ее правовым статусом и ответственностью.**

3.1	Миссия и видение организации являются доступными для сотрудников медицинской организации и для населения	III
3.2	Медицинская организация действует в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан и своевременно реагирует на результаты проверок уполномоченных органов (смотреть критерий 15.3) **	III
3.3	Для каждого структурного подразделения утверждается руководством медицинской организации положение о подразделении с описанием основных функций или списка оказываемых услуг *	III
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) **	II
3.5	В решении ежедневных проблем руководство демонстрирует предпочтение плановой системной работе по предупреждению рисков вместо реактивной работы по устранению кризисных ситуаций (смотреть критерии 9.1; 9.4; 9.5)	I

### **4.0 ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА**

**Организационная структура соответствует миссии и деятельности организации.**

4.1	Организационная структура представляется в виде схемы, утверждается и доводится до сведения персонала организации. **	III
4.2	В организационной структуре представляется лицо, осуществляющее контроль общего управления организацией и (или) лицо, осуществляющее контроль	III

	клинических вопросов.	
4.3	В организационной структуре представляется лицо, осуществляющее контроль сестринского ухода; лицо, осуществляющее контроль качества и иные руководящие лица для реализации миссии организации.	Ш
4.4	В организационной структуре представляется лицо, осуществляющее контроль эффективного управления финансовыми ресурсами.	Ш
4.5	Организационная структура пересматривается коллективно на основании инициатив руководителей структурных подразделений, при значительном изменении деятельности, в целях совершенствования и способствует координированной работе между подразделениями и службами.	П
<b>5.0 ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ</b>		
<b>Определяются и соблюдаются этические нормы организации.</b>		
5.1	В медицинской организации определяются этические нормы, которыми она руководствуется при организации своей деятельности, в том числе при принятии решений и определении политик поведения сотрудников.	Ш
5.2	Медицинская организация разрабатывает и утверждает этический кодекс или политику и процедуры по этике, охватывающие права, обязанности и ответственность персонала при осуществлении своей профессиональной деятельности. *	Ш
5.3	Персонал проходит обучение по вопросам этики.	П
5.4	В медицинской организации внедряется процесс выявления, своевременного анализа и принятия мер по этическим дилеммам, включающим решение прекратить или не продолжать лечение, отказать в лечении, или когда лечение будет предоставлено против желания пациента в связи с требованиями законодательных актов и другие этически-сложные ситуации.	І
5.5	В медицинской организации создается Этический комитет для рассмотрения этических вопросов при оказании медицинской помощи в данной организации. **	П
<b>6.0 КУЛЬТУРА БЕЗОПАСНОСТИ</b>		
<b>Руководство организации внедряет и поддерживает культуру безопасности, поощряющую выявление ошибок и принятие системных мер по улучшению работы вместо наказания.</b>		
6.1	Руководством медицинской организации поддерживается баланс между профессиональной ответственностью и некарательной обстановкой для выявления ошибок и	І

	«почти ошибок».	
6.2	Медицинской организацией обеспечивается страхование профессиональной ответственности медицинских работников с высоким риском возникновения конфликтов касательно профессиональной ответственности. **	I
6.3	Руководство и сотрудники обучаются определениям «культура безопасности», «инцидент», «почти ошибка (потенциальная ошибка)», процессу сообщения об инцидентах, предоставлению отчетов и расследованию инцидентов (например, применение анализа корневых причин)	I
6.4	В медицинской организации внедряется процесс выявления, ведения документации в медицинской карте, процесса сообщений и анализа инцидентов, включая ошибки с нанесением вреда пациенту, ошибки без вреда пациенту и «почти ошибки».	I
6.5	Руководством осуществляются системные меры по фактам расследования ошибок и «почти ошибок» с выявлением причины возникновения инцидентов для улучшения деятельности организации **	I
<b>7.0 УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ</b>		
<b>В медицинской организации определяется лицо, осуществляющее контроль координации мероприятий по улучшению качества и утвержден документ, определяющий основные направления работы по улучшению качества.</b>		
7.1	Лицо, осуществляющее контроль координации программы по улучшению качества обладает необходимыми навыками и знаниями в области улучшения качества **(смотреть критерий 4.3).	I
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. *	II
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	II

	<p>анестезию или седацию;</p> <p>4) значительные побочные эффекты на лекарственные средства;</p> <p>5) инцидент с нанесением вреда пациенту и иные события, определенные организацией.</p>	
7.4	Экстремальное событие подлежит анализу корневых причин в течение 45 дней с момента происшествия или выявления и сообщается ответственным сотрудником управляющему органу медицинской организации в составе квартального отчета с указанием принятых системных мер по улучшению работы и пациентам для информирования (смотреть критерий 1.4) **	II
7.5	Руководители организации и руководители подразделений обучаются методам (инструментам) улучшения качества и надлежащему использованию данных (смотреть критерий 19.3).	I
<p><b>8.0 НЕПРЕРЫВНОЕ ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА</b>  <b>В медицинской организации внедряется программа непрерывного улучшения качества услуг и безопасности пациента.</b></p>		
8.1	Руководство ежегодно участвует в определении приоритетных индикаторов для организации в целом и для отдельных служб, которые включаются в квартальные отчеты медицинской организации об основной деятельности (смотреть критерии 1.4 и 2.4). **	I
8.2	Для каждой клинической службы определяются индикаторы с формулой расчета (определенным числителем и знаменателем, если применимо), с желаемым пороговым значением; проводится сбор данных и анализ индикаторов. **	I
8.3	Проводится аудит медицинских карт в соответствии с внутренними политиками и процедурами медицинской организации, и результаты аудита применяются для улучшения деятельности. *	I
8.4	Проводится анкетирование удовлетворенности пациентов всех типов (стационара и пациентов, получающих услуги на дому) в соответствии с внутренними политиками и процедурами медицинской организации и результаты анкетирования применяются для улучшения деятельности. *	I
8.5	Проводится обзор клинических случаев и результаты обсуждаются в группах или в работе соответствующих комиссий и применяются для улучшения деятельности.	I
<p><b>9.0 УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ</b></p>		

<b>В медицинской организации внедряется программа по управлению рисками.</b>		
9.1	Медицинская организация имеет программу по управлению рисками, которая включает следующие элементы *: 1. а) цель, задачи, область применения; 2. б) критерии оценки рисков; 3. в) ответственность за управление рисками и функции управления рисками; 4. г) требования по обучению персонала; 5. д) список выявленных рисков – стратегических, клинических, финансовых и прочих угроз; 6. е) план действий с указанием мероприятий на каждый значительный риск; 7. ж) план информирования о рисках заинтересованных сторон.	I
9.2	В рамках программы по управлению рисками проводится: 1) выявление; 2) сообщение; 3) регистрация и определение приоритетности; 4) анализ инцидентов («почти ошибок», ошибок, экстремальных событий»); 5) результаты анализа применяются для улучшения деятельности (смотреть критерии 1.4; 6.3; 6.4; 7.3; 7.4). **	I
9.3	Ежегодно медицинская организация проводит оценку рисков (составляется и обновляется реестр рисков) и принимаются меры по их снижению. **	I
9.4	Руководители структурных подразделений знают о существующих рисках (проблемах) в своем подразделении.	I
9.5	Руководители структурных подразделений принимают во внимание данные по индикаторам, инциденты, предложения и обращения со стороны пациентов и сотрудников для снижения рисков или для улучшения работы.	I
<b>10.0 КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ</b>		
<b>Руководители организации отслеживают выполнение сотрудниками утвержденных на основании доказательной базы клинических протоколов диагностики и лечения.</b>		
10.1	Ежегодно руководители медицинской организации коллективно определяют не менее пяти клинических протоколов диагностики и лечения (если применимо), которые подлежат мониторингу на предмет исполнения.	III
10.2	При отсутствии утвержденных клинических протоколов	I

	диагностики и лечения, медицинская организация утверждает для внутреннего пользования адаптированные клинические протоколы диагностики и лечения или инициирует их пересмотр или утверждение на национальном уровне.	
10.3	Проводится ретроспективный и текущий аудит медицинских карт на предмет соответствия требованиям клинических протоколов диагностики и лечения.	II
10.4	Результат аудита медицинских карт оформляется в виде презентации с данными по исполнению отдельных требований клинического протокола диагностики и лечения.	III
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.	I
<b>11.0 РАБОТА С НАСЕЛЕНИЕМ</b>		
<b>Медицинская организация способствует доступности оказываемых услуг для населения, и планирует типы медицинских услуг, отвечающие потребностям обслуживаемых пациентов.</b>		
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. **	III
11.2	Медицинская организация информирует население о качестве оказываемых услуг (индикатор «удовлетворенность пациента» и другие). **	III
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).	III
11.4	Медицинская организация участвует в программах по обучению населения здоровому образу жизни и профилактике заболеваний. **	III
11.5	Медицинская организация учитывает потребности населения в планировании услуг.	II

## **РАЗДЕЛ В: УПРАВЛЕНИЕ РЕСУРСАМИ**

### **12.0 УПРАВЛЕНИЕ ФИНАНСАМИ**

<b>Финансовые ресурсы медицинской организации используются эффективно для реализации стратегических и операционных задач.</b>		
12.1	Бюджет организации составляется на основании заявок руководителей подразделений и при необходимости пересматривается (смотреть критерий 2.5).	II
12.2	Бюджет соответствует поставленным задачам в стратегическом и операционном (годовом) плане работы медицинской организации (смотреть критерии 2.2 и 2.3.)	III
12.3	Страхование профессиональной ответственности медицинских работников с высоким риском возникновения конфликтов касательно профессиональной ответственности включается в бюджет организации (смотреть критерий 6.2). **	III
12.4	Для экстренного приобретения лекарственных средств и изделий медицинского назначения, отсутствующих в медицинской организации, существует процесс (договор) их срочного приобретения в круглосуточном режиме. **	II
12.5	Медицинские услуги, осуществляемые на платной основе, оказываются на основании утвержденного прейскуранта цен, доступного населению. **	II
<b>13.0 ФИНАНСОВЫЙ АУДИТ</b>		
<b>Управление ресурсами организации проводится согласно законодательным актам Республики Казахстан и внутренним политикам и процедурам.</b>		
13.1	Существует система или процесс внутреннего финансового контроля.	II
13.2	Внешний финансовый аудит проводится согласно законодательным актам Республики Казахстан и внутренним политикам.	III
13.3	Руководитель организации проводит мониторинг финансового статуса организации (финансовые отчеты или сведения о выполнении операционного или производственного плана).	III
13.4	Бухгалтерский учет ведется с применением признанных автоматизированных программ.	III
13.5	Отчеты своевременно направляются в налоговые органы и органы государственной статистики.	II
<b>14.0 ФОНД ОПЛАТЫ ТРУДА</b>		
<b>Оплата труда сотрудников осуществляется своевременно и с учетом дифференцированного вклада работника в производительность организации</b>		
14.1	Оплата труда сотрудников осуществляется на основании утвержденного руководством медицинской организации документа о дифференцированной оплате труда. **	III

14.2	Система дифференцированной оплаты труда основывается на индикаторах.	Ш
14.3	Периодически проводится определение производительности работников в соответствии с утвержденными критериями для дифференцированной оплаты труда. **	Ш
14.4	Оплата труда сотрудникам, перечисления в пенсионный фонд и другие обязательные отчисления осуществляются своевременно. **	Ш
14.5	Оплата труда сотрудникам осуществляется на основе утвержденной руководством медицинской организацией организационной структуры, штатного расписания и в рамках системы дифференцированной оплаты труда. **	П
<b>15.0 ИНФОРМАЦИОННОЕ УПРАВЛЕНИЕ</b>		
<b>Созданы надлежащие условия для эффективного управления данными.</b>		
15.1	В медицинской организации имеется достаточное количество технических устройств для работы с медицинской и административной информацией.	Ш
15.2	Руководство обеспечивает доступ медицинских работников к сети интернет для получения своевременной информации, необходимой в работе.	Ш
15.3	Руководство организации обеспечивает доступность актуализированных актов Республики Казахстан.	Ш
15.4	При внедрении электронной медицинской карты и работе с электронным порталом принимаются меры для снижения дублирования информации, повышения эффективности использования времени сотрудников.	Ш
15.5	Медицинская организация использует стандартный процесс управления документацией, и документы хранятся в папках в соответствии с номенклатурой дел.	П
<b>16.0 ЗАЩИТА ИНФОРМАЦИИ</b>		
<b>Медицинская организация обеспечивает конфиденциальность, безопасность и целостность информации.</b>		
16.1	Определяются уровни доступа персонала к информации. *	П
16.2	Информация на бумажном и электронном носителях защищается от повреждения, утери и неавторизованного доступа. *	П
16.3	По требованиям законодательных актов Республики Казахстан в медицинской организации обеспечивается конфиденциальность информации о пациенте. *	І
16.4	Персонал обучается требованиям по защите и неразглашению конфиденциальной информации.	Ш

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. *	II
<b>17.0 ВНУТРЕННИЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ</b>		
<b>Руководство совместно с сотрудниками разрабатывает, утверждает и внедряет регламентирующие деятельность, политики и процедуры.</b>		
17.1	Определяется порядок разработки, согласования, утверждения и оформления, пересмотра политик и процедур организации. *	III
17.2	Составляется и обновляется список всех действующих внутренних политик и процедур организации. **	III
17.3	Руководство организации обеспечивает доступность для персонала действующих политик и процедур организации.	III
17.4	Проводится обучение сотрудников утвержденным политикам и процедурам организации, в том числе при внесении в них изменений.	III
17.5	Все политики и процедуры внедряются, что очевидно из действий сотрудников, документации и опроса.	II
<b>18.0 МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>		
<b>Медицинская документация составляется своевременно и способствует преемственности медицинской помощи.</b>		
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. *	III
18.2	Все проведенные процедуры, методы лечения, каждая доза принятого лекарственного средства своевременно документируются в медицинской карте пациента. *	I
18.3	Каждая запись в медицинской карте подписывается автором записи и включает дату и время. *	I
18.4	В медицинских картах используются аббревиатуры, символы только из утвержденного списка и записи ясны, читабельны для пользователей. *	III
18.5	Содержание медицинской карты стандартизуется. Проводится аудит качества, своевременности и полноты записей в медицинских картах. (смотреть критерий 8.3) *	I
<b>19.0 АНАЛИЗ ДАННЫХ</b>		
<b>Проводится проверка достоверности и статистический анализ данных.</b>		
19.1	Первый руководитель организации отвечает за	III

	достоверность публикуемых и предоставляемых во внешние организации данных.	
19.2	Сотрудники, проводящие проверку достоверности (валидацию) данных, обучаются методике валидации данных.	III
19.3	При появлении новых индикаторов, или при необъяснимом изменении в индикаторе, проводится проверка достоверности (валидация) данных вторым лицом. *	III
19.4	Ответственный работник проводит свод данных по индикаторам для включения в квартальные отчеты для руководства (смотреть критерии 1.4 и 2.4). **	III
19.5	Ответственный работник проводит статистический анализ собираемых данных и своевременно предоставляет их в места их требования.	II

## **20.0 ШТАТНОЕ РАСПИСАНИЕ**

**Штатное расписание соответствует организационной структуре, миссии и деятельности организации.**

20.1	Медицинская организация коллективно разрабатывает и утверждает штатное расписание. **	III
20.2	Штатное расписание соответствует организационной структуре и деятельности организации.	III
20.3	Штатное расписание и квалификационные требования к должностям разрабатываются с учетом рекомендаций профессиональной практики и позволяют оказание качественной медицинской помощи.	II
20.4	Штатное расписание пересматривается на основании заявок руководителей структурных подразделений один раз в год.	III
20.5	На каждый вид должности, включая внештатных работников, совместителей, консультантов, резидентов, утверждается должностная инструкция с указанием квалификационных требований (образование, обучение, знания, навыки и опыт) и функций, специфичных для данной должности. **	II

## **21.0 УПРАВЛЕНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ**

**Медицинская организация принимает усилия для эффективного управления человеческими ресурсами.**

21.1	Политика по поиску, трудоустройству, инструктажу (ориентации) и адаптации сотрудников разрабатываются в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан и внедряются в организации. *	III
21.2	Каждый сотрудник соответствует занимаемой должности согласно утвержденным в должностной инструкции	III

	квалификационным требованиям. Копия подписанной сотрудником должностной инструкции имеется в кадровой службе.	
21.3	Руководители медицинской организации создают условия для непрерывного обучения сотрудников (например, доступ к интернету, компьютеры, тренинговый класс, библиотека и другие).	III
21.4	Определяются потребности сотрудников в обучении. Обучение проводится на базе или вне медицинской организации.	III
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).	II
<b>22.0 ЛИЧНОЕ ДЕЛО СОТРУДНИКА</b>		
<b>Личные дела сотрудников медицинской организации формируются, хранятся и обновляются в соответствии с установленными требованиями.</b>		
22.1	Личное дело каждого сотрудника, включая внештатных работников, совместителей, консультантов, резидентов содержит сведения об образовании и квалификации сотрудника, в соответствии с требованиями должностной инструкции и законодательных актов Республики Казахстан.	III
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.	I
22.3	Личное дело каждого сотрудника содержит результаты оценки сотрудника, проводимые один раз в год.	II
22.4	Личное дело каждого сотрудника содержит записи о проведении обучения на базе медицинской организации и вне организации.	III
22.5	Личное дело каждого сотрудника стандартизуется и есть доказательство его периодической проверки работником кадровой службы.	II
<b>23.0 ИНСТРУКТАЖ</b>		
<b>Медицинская организация проводит инструктаж (ориентацию) каждого сотрудника для ознакомления с организацией.</b>		
23.1	Разрабатываются и внедряются письменные и (или) видеоматериалы для проведения инструктажа (ориентации).	III
23.2	Каждый сотрудник, внештатный сотрудник, волонтер, совместитель, консультант, студент, курсант, резидент	III

	проходит инструктаж и обучение для ознакомления с медицинской организацией, со своими должностными обязанностями и основными требованиями по безопасности. **	
23.3	Инструктаж сотрудников включает пожарную безопасность, готовность к чрезвычайным ситуациям и безопасность на рабочем месте.	III
23.4	Инструктаж медицинских работников включает инфекционный контроль и требования по безопасной работе с медицинским оборудованием.	III
23.5	Инструктаж сотрудников включает ознакомление с Программой по повышению качества и безопасности пациента требования и сообщение об инцидентах.	II
<b>24.0 ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ НАВЫКОВ</b>		
<b>При трудоустройстве и периодически проводится оценка знаний и клинических навыков медицинского (клинического) персонала.</b>		
24.1	При трудоустройстве проводится оценка клинических навыков врача и утверждается список клинических привилегий врача – разрешенных для выполнения в данной организации операций и процедур высокого риска.	II
24.2	При трудоустройстве проводится оценка навыков среднего медицинского персонала и утверждается список компетенций.	III
24.3	При трудоустройстве проводится оценка навыков параклинического персонала (лаборанты, провизоры и фармацевты, инструкторы и другие) и утверждается список компетенций.	II
24.4	Раз в три года 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. *	II
24.5	Ежегодно проводится переоценка компетенций параклинического персонала и среднего медицинского персонала.	I
<b>25.0 ЕЖЕГОДНАЯ ОЦЕНКА СОТРУДНИКОВ</b>		
<b>Ежегодно проводится оценка работы каждого сотрудника в соответствии с утвержденными политиками организации.</b>		
25.1	Утверждаются политики и процедуры оценки работников и форма оценки сотрудников.	III
25.2	При оценке врачей, среднего медицинского персонала и других работников, определенных организацией, учитываются показатели работы (индикаторы	II

	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.	Ш
25.4	Результаты оценки определяют соответствие сотрудника, включая внештатных работников, совместителей, консультантов, резидентов, занимаемой должности и ожиданиям непосредственного руководителя.	Ш
25.5	При оценке также оцениваются профессиональные компетенции (смотреть критерии 24.4 и 24.5).	П
<b>26.0 ЗДОРОВЬЕ И БЕЗОПАСНОСТЬ СОТРУДНИКОВ</b>		
<b>Здоровье и безопасность сотрудников, иммунизация и вакцинация поддерживаются в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан.</b>		
26.1	Медицинская организация предоставляет (или обеспечивает) сотрудникам защитную одежду и защитные средства (включая средства для радиационной безопасности) и идентификационные бейджи на рабочем месте.	I
26.2	Внешняя организация раз в пять лет проводит оценку рабочих мест в медицинской организации в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан. **	Ш
26.3	Медицинская организация проводит мониторинг нагрузки на персонал, управление стрессом среди сотрудников и есть процесс управления насилием и агрессией (например, антистрессовая комната, комната духовного уединения и другие). *	П
26.4	Медицинская организация проводит вакцинацию и иммунизацию в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан и проводит мероприятия по продвижению здорового образа жизни (например, усилия против курения, тренажерный зал или со-оплата посещения в тренажерный зал). **	I
26.5	Медицинская организация защищает персонал от опасностей на рабочем месте (включая радиацию, обращение с химическими и (или) опасными материалами) и принимает меры по предотвращению травм персонала (включая травмы от укола иглой). **	I
<b>27.0 КОНТРАКТНЫЕ РАБОТНИКИ</b>		
<b>Медицинские работники, не состоящие в штатном расписании организации (внештатные специалисты), имеют соответствующее предоставляемым ими услугам образование и квалификацию.</b>		
27.1	Каждый внештатный сотрудник соответствует	Ш

	прописанным квалификационным требованиям и копия подписанной должностной инструкции или договора на оказание услуг имеется в кадровой службе (смотреть критерии 21.2 и 22.1) **	
27.2	Личное дело каждого внештатного медицинского работника содержит доказательство проверки подлинности у первоисточника документов об образовании и квалификации (смотреть критерий 22.2) **	III
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) **	III
27.4	Ежегодно проводится оценка качества работы каждого внештатного сотрудника, и форма оценки хранится в личном деле (смотреть стандарт 25) **	III
27.5	Результаты оценки качества работы внештатного сотрудника применяются для повышения качества услуг организации	I
<b>28.0 МОНИТОРИНГ ДОГОВОРОВ</b>		
<b>Руководители медицинской организации контролируют качество предоставляемых по договору услуг и товаров.</b>		
28.1	Определяются руководители организации, которые курируют договора о предоставлении услуг или товаров для организации	II
28.2	В каждом договоре прописываются детальные требования к объему и качеству предоставляемых услуг или товаров, а также квалификационные требования к контрактной организации или ее исполнителям **	I
28.3	В каждом договоре, существенно влияющем на безопасность пациента (например, охранные услуги, клининг, обслуживание медицинского оборудования), прописываются индикаторы, на основании которых медицинская организация проводит мониторинг договора и оценку качества услуг или товаров поставщика **	II
28.4	Результаты мониторинга договоров на основе индикаторов или на основе однократной оценки поставщика доводятся до сведения руководства ежегодно (смотреть критерий 28.1) **	II
28.5	При несоответствии качества услуг или товаров поставщика ожиданиям медицинской организации, принимаются меры по устранению несоответствий, вплоть до разрыва договорных отношений с поставщиком	I

## РАЗДЕЛ С: УПРАВЛЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТЬЮ

<b>Инфекционный контроль.</b>		
<b>29.0 КОМИССИЯ ПО ИНФЕКЦИОННОМУ КОНТРОЛЮ</b>		
<b>Комиссия по инфекционному контролю и сотрудник(и) по инфекционному контролю координируют выполнение программы и политик по инфекционному контролю.</b>		
29.1	Ежегодно организация анализирует свою систему инфекционного контроля. Данный анализ включает оценку рисков (определение проблем, областей высокого риска по инфекционному контролю и определение приоритетных видов инфекций – бактериальные или вирусные) **	I
29.2	На основании оценки рисков, разрабатывается и утверждается ежегодный план работы (план мероприятий) по инфекционному контролю, включающий достижимые, измеримые задачи для снижения рисков **	III
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 **	I
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) **	II
29.5	Один раз в квартал персонал и руководство информируются о результатах мониторинга индикаторов по инфекционному контролю и рекомендациях для улучшения	I
<b>30.0 ПРОГРАММА ПО ИНФЕКЦИОННОМУ КОНТРОЛЮ</b>		
<b>В организации внедряется программа по инфекционному контролю, охватывающая контроль всех территорий организации, всех работников, пациентов, посетителей и арендаторов помещений.</b>		
30.1	Программа по инфекционному контролю разрабатывается	III

	в соответствии с установленными требованиями законодательных актов Республики Казахстан и внедряется в медицинской организации	
30.2	Программа по инфекционному контролю разрабатывается с учетом современной мировой литературы, рекомендаций Всемирной Организации Здравоохранения или других профессиональных, признанных источников *	III
30.3	Программа по инфекционному контролю пересматривается ежегодно	III
30.4	Результаты инфекционного контроля и другие подлежащие отчетности сведения (включая инфекции, ассоциирование с оказанием медицинских услуг, инфицирование персонала, и другие) сообщаются в уполномоченные органы по требованиям законодательных актов Республики Казахстан **	II
30.5	Руководство предоставляет ресурсы для эффективного выполнения программы по инфекционному контролю	II
<b>31.0 ПОЛИТИКА ПО ИНФЕКЦИОННОМУ КОНТРОЛЮ</b>		
<b>Медицинская организация разрабатывает, утверждает и внедряет политики, процедуры или алгоритмы в области инфекционного контроля.</b>		
31.1	В медицинской организации внедряются политики, процедуры и (или) алгоритм по универсальным мерам предосторожности с четкими показаниями, когда и как использовать средства индивидуальной защиты *	II
31.2	Политики, процедуры или алгоритмы в области инфекционного контроля разрабатываются на основе законодательных актов Республики Казахстан, и по возможности, доказательной базы из профессиональной литературы	II
31.3	В местах использования имеется достаточное количество средств индивидуальной защиты (смотреть критерий 30.5)	II
31.4	В местах обработки рук в зависимости от уровня обработки рук имеется достаточное количество раковин с проточной водой, мыла, антисептиков, салфеток или других средств для сушки рук (смотреть критерий 30.5)	I
31.5	Средства индивидуальной защиты используются персоналом правильно, в соответствии с политиками организации	I
<b>32.0 ДЕЗИНФЕКЦИЯ, СТЕРИЛИЗАЦИЯ И ПРАЧЕЧНАЯ</b>		
<b>Чистка (уборка), дезинфекция, стерилизация и действия в прачечной проводятся с минимизацией риска инфекций.</b>		
32.1	Разрабатываются и внедряются политики, процедуры или	I

	алгоритмы по чистке (уборке), дезинфекции, стерилизации инструментов и обработки белья в прачечной, включая транспортировку, обработку и хранение белья и инструментов *	
32.2	Одноразовые изделия утилизируются после использования; при их повторном использовании. Прописывается процесс по их безопасной обработке или дезинфекции и максимальное число повторной обработки и использования *	I
32.3	Действия по чистке (уборке), дезинфекции, стерилизации проводятся с минимизацией риска инфекций и с соблюдением процесса от «грязной» к «чистой» зоне	I
32.4	Качество стерилизации контролируется через химические и биологические индикаторы или другими методами **	I
32.5	Стерилизацию инструментов можно проследить для конкретного пациента **	I
<b>33.0 МЕДИЦИНСКИЕ ОТХОДЫ</b>		
<b>Организация обеспечивает безопасное обращение с отходами.</b>		
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 *	I
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, с соблюдением определенного температурного режима	I
33.3	Отходы утилизируются безопасным образом в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан; острые, колющие и режущие предметы утилизируются в непрокальваемые, непротекаемые контейнеры с крышкой для безопасного сбора и утилизации отходов	I
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	I

33.5	Персонал обучается политикам по обращению с медицинскими отходами и соблюдает их на практике **	I
<b>34.0 ОБУЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛА ПО ИНФЕКЦИОННОМУ КОНТРОЛЮ</b> <b>Медицинская организация проводит обучение персонала по инфекционному контролю</b>		
34.1	Ежегодно каждый медицинский работник проходит обучение в области инфекционного контроля **	I
34.2	Ежегодно тестируются знания медицинских работников в области инфекционного контроля	I
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)	I
34.5	Дополнительное обучение персонала проводится в ответ на инциденты, случаи внутрибольничных инфекций, ухудшение индикаторов (смотреть критерий 29.5)	I
<b>Безопасность здания</b>		
<b>35.0 КОМИССИЯ ПО БЕЗОПАСНОСТИ ЗДАНИЙ</b> <b>В организации внедряется программа по безопасности зданий, выполнение которой координирует Комиссия по безопасности зданий.</b>		
35.1	Создается Комиссия по безопасности зданий, которая координирует действия для поддержания безопасности зданий и окружающей среды **	III
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 *	III
35.3	Программа по безопасности зданий пересматривается ежегодно с определением приоритетных на каждый год направлений работы в виде ежегодной оценки рисков *	III
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 **	II
35.5	Ежегодно Управляющий орган (Наблюдательный Совет, Совет директоров, Совет учредителей или уполномоченный орган) получает отчет о выполнении	II

	программы по безопасности зданий с указанием проведенных ключевых работ и существующих проблем (рисков) безопасности зданий и окружающей среды **	
<b>36.0 БЕЗОПАСНОСТЬ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ</b>		
<b>Окружающая среда медицинской организации является безопасной и комфортной для пациентов, персонала и посетителей (смотреть критерий 38.2).</b> *		
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)	I
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)	I
36.3	Здания и помещения, инженерные системы, оборудование и прочие предметы имеются в достаточном количестве, регулярно инспектируются, тестируются с документацией проведенной инспекции или тестирования	III
36.4	Здания и помещения, инженерные системы, оборудование и прочие предметы регулярно обновляются и поддерживаются на безопасном уровне	III
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	I
<b>37.0 ОХРАНА И ЗАЩИТА</b>		
<b>Обеспечивается охрана и защита здания и территории медицинской организации (смотреть критерий 38.2) *</b>		
37.1	Все сотрудники, внештатные и контрактные работники, студенты, курсанты, резиденты и арендаторы помещения носят бейджи на территории медицинской организации (смотреть критерий 26.1)	III
37.2	Проводится мониторинг (видеонаблюдение и (или) обход) здания и территории с целью защиты и охраны	II
37.3	Документируется периодический обход (инспекция) здания и передача дежурства между сотрудниками охранной службы **	III
37.4	Ограничивается вход посторонних в режимные отделения (например, коммуникационный центр неотложной скорой помощи), а также зоны контроля инженерных,	I

	коммунальных систем	
37.5	Сотрудники охранной службы обучаются действиям при чрезвычайных ситуациях (при кодах по безопасности), а также оказанию первой помощи **	II
<b>38.0 ПОЖАРНАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ</b>		
<b>Внедряется программа по снижению риска пожара и задымления (смотреть критерий 38.2) *</b>		
38.1	Функционирует система раннего выявления пожара; в достаточном количестве имеются исправные средства для пожаротушения, которые регулярно инспектируются и при необходимости обновляются	II
38.2	Инспекция, тестирование и поддержание средств и систем для раннего выявления и тушения пожара документируется **	I
38.3	Для безопасной эвакуации из здания при пожаре и других чрезвычайных ситуаций, пути эвакуации не загромождены; в достаточном количестве имеются и видны указатели	II
38.4	Для ограничения распространения дыма и огня, в соответствии с установленными требованиями: противопожарные двери плотно закрыты, межэтажные и меж-стенные противопожарные перегородки не имеют щелей, использованы огнеупорные материалы, минимизируется использование возгораемых материалов	II
38.5	Сотрудники раз в год проходят практическое учение по пожарной безопасности для проверки готовности в случае пожара и задымления (смотреть критерий 47.2) **	II
<b>39.0 ДРУГИЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ СИТУАЦИИ</b>		
<b>Внедряется программа по снижению риска прочих чрезвычайных ситуаций (смотреть критерий 38.2) *</b>		
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 **	III
39.2	На основе оценки рисков по чрезвычайным ситуациям определяются приоритетные направления работы в годовом плане мероприятий **	III
39.3	Выделяются ресурсы для улучшения готовности организации к чрезвычайным ситуациям	III
39.4	Сотрудники ежегодно проходят практическое учение по готовности к чрезвычайным ситуациям для проверки ответных действий сотрудников, готовности системы	III

	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 **	II
<b>40.0 ОПАСНЫЕ МАТЕРИАЛЫ И ОТХОДЫ</b> <b>Обращение с опасными материалами и отходами соответствует требованиям законодательных актов Республики Казахстан, и обеспечивается безопасность людей и окружающей среды</b>		
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)	II
40.2	Прописываются требования к обращению с опасными материалами, включая их маркировку, хранение, ношение защитных средств при работе, транспортировку, утилизацию (смотреть критерий 38.2) *	II
40.3	Все опасные материалы и отходы маркируются с указанием названия (состава), срока годности и применимых предупреждающих знаков	II
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)	I
40.5	Сотрудники обучаются действиям при разлитии опасного материала, включая быстрый сбор (обеззараживание) и сообщение об инциденте разлития или инциденте контакта с опасным материалом	I
<b>41.0 МЕДИЦИНСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ</b> <b>Безопасность медицинского оборудования и изделий обеспечивается путем регулярного тестирования, калибровки, поддержания, ремонта и обучения персонала</b>		
41.1	Внедряется программа по обеспечению безопасности медицинского оборудования и изделий (смотреть критерий 38.2) *	III
41.2	Определяется список всего медицинского оборудования	III
41.3	Ежегодно или на основе рекомендаций изготовителей проводится и документируется профилактическое обслуживание, инспекция, тестирование, калибровка,	III

	поддержание, ремонт медицинского оборудования	
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) Только обученные и компетентные лица обращаются со специализированным оборудованием и устройствами. Обучение документально оформляется **	Ш
41.5	Внедряется система оповещения пользователей и принятия мер при отзыве, поломке и прочих инцидентах, связанных с медицинским оборудованием (например, риск возгорания) *	I
<b>42.0 КОММУНАЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ</b> <b>Коммунальные и инженерные системы в организации соответствуют требованиям законодательных актов Республики Казахстан и удовлетворяют потребности медицинской организации</b>		
42.1	Прописывается порядок и частота инспекций, тестирования и поддержания коммунальных и инженерных систем *	Ш
42.2	Коммунальные и инженерные системы инспектируются, поддерживаются и улучшаются	Ш
42.3	Определяются ответственные лица по надлежащему функционированию коммунальных систем	Ш
42.4	Для предупреждения пылевого загрязнения, в системе вентиляции устанавливаются фильтры, которые меняются с частотой согласно рекомендации производителя	Ш
42.5	Коммунальные и инженерные системы маркируются для облегчения частичного или полного отключения при чрезвычайных ситуациях	I
<b>43.0 ВОДА И ЭЛЕКТРИЧЕСТВО</b> <b>Обеспечивается непрерывный доступ к воде и электричеству, включая их альтернативные источники</b>		
43.1	Питьевая вода и электричество являются доступными круглосуточно в любое время года	Ш
43.2	Определяются зоны и услуги, для которых наиболее важно водоснабжение и электроснабжение из альтернативных источников **	Ш
43.3	Альтернативные источники водоснабжения тестируются ежеквартально **	II
43.4	Альтернативные источники электроснабжения тестируются ежеквартально. Хранится необходимый запас топлива для выработки электричества из альтернативного источника **	Ш

43.5	В соответствии с санитарно – эпидемиологическими требованиями, ежеквартально тестируется качество воды. **	II
<b>44.0 ОБУЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛА ПО БЕЗОПАСНОСТИ ЗДАНИЙ</b>		
<b>Проводится обучение, тестирование знаний работников для поддержания безопасности зданий и окружающей среды</b>		
44.1	Сотрудники обучаются своей роли в области пожарной безопасности и чрезвычайных ситуаций, охраны и защиты, обращении с опасными материалами	II
44.2	Сотрудники демонстрируют действия при пожаре, включающие сообщение о пожаре, тушение пожара и эвакуацию пациентов	II
44.3	Сотрудники обучаются работе с оборудованием и коммунальными (инженерными) системами, включая действия при чрезвычайных ситуациях (смотреть критерий 44.4)	II
44.4	Обучение включает сотрудников, в том числе внештатных, студентов, курсантов, резидентов, арендаторов помещений, волонтеров и посетителей	III
44.5	Обучение и тестирование знаний работников для поддержания безопасности зданий и окружающей среды проводится ежегодно	I
<b>Безопасность лекарственных средств и изделий медицинского назначения</b>		
<b>45.0 УПРАВЛЕНИЕ МЕДИКАМЕНТАМИ</b>		
<b>Обеспечивается безопасное обращение с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в организации</b>		
45.1	Обращение с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения соответствуют требованиям законодательных актов Республики Казахстан	II
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 (см. критерий 12.4) **	II
45.3	Анализ системы управления медикаментами включает оценку рисков (выявление проблем или зон высокого риска, связанные с лекарственными средствами) **	II
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 *	I
45.5	Создается и функционирует формулярная комиссия, которая	I

	рассматривает вопросы управления медикаментами, включая формулярный список, медикаментозные ошибки и почти ошибки **	
<b>46.0 ХРАНЕНИЕ</b>		
<b>Медикаменты хранятся безопасно и надлежащим образом</b>		
46.1	Все медикаменты правильно обозначаются с указанием названия (содержания), срока годности и применимых предупреждающих знаков	II
46.2	Медикаменты хранятся с соблюдением температурного режима, влажности и прочих условий, в соответствии с требованиями к их хранению	II
46.3	Наркотические и другие лекарственные средства, подлежащие строгому учету и контролю, хранятся, в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан	II
46.4	Медикаменты защищаются от потери и кражи по всей организации	II
46.5	Сотрудниками аптеки периодически инспектируются все места хранения лекарственных средств в организации для обеспечения правильного хранения лекарственных средств **	I
<b>47.0 ОСОБЫЕ СЛУЧАИ ОБРАЩЕНИЯ С МЕДИКАМЕНТАМИ</b>		
<b>Прописываются особые случаи обращения с медикаментами</b>		
47.1	Прописывается и соблюдается процесс по выявлению и уничтожению медикаментов с истекшим сроком годности *	I
47.2	Прописывается и соблюдается процесс по обращению с личными (принесенными извне) медикаментами пациента *	I
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 *	I
47.4	Прописывается и соблюдается процесс отзыва медикаментов *	I
47.5	Прописывается и соблюдается процесс обращения с радиофармацевтическими препаратами и другими опасными медикаментами (цитостатические лекарственные средства) *	I
<b>48.0 НАЗНАЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ</b>		
<b>Прописывается процесс назначения лекарственных средств и проверки назначений лекарственных средств</b>		
48.1	Прописываются требования к назначению лекарственных	I

	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	Прописываются действия при неразборчивом или неполном назначении лекарственных средств в листах назначения или рецепте *	I
48.3	Прописывается процесс устного назначения лекарственных средств в экстренных ситуациях, если это разрешено организацией *	I
48.4	Проводится проверка назначений лекарственных средств в текущих медицинских картах для выяснения обоснованности и полноты назначения (кроме экстренных назначений)	I
48.5	Проводится выборочный аудит листов назначений в текущих и закрытых медицинских картах на предмет соблюдения политик организации и безопасности пациента **	I

## **49.0 ПРИГОТОВЛЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОВ**

### **Медикаменты готовятся в безопасной и чистой обстановке**

49.1	Медикаменты готовятся (разводятся, фасуются) в чистой и безопасной рабочей зоне с необходимым оборудованием и изделиями	I
49.2	Сотрудники, готовящие стерильные продукты обучаются принципам приготовления лекарственных средств и методам асептики **	I
49.3	Каждое принятое, введенное лекарственное средство документируется в листе назначений (или ином документе) с указанием времени и автора записи **	I
49.4	Безопасное введение медикаментов обеспечивается проверкой правильности пяти пунктов: тот ли это пациент, медикамент, доза, путь введения, время и частота приема	I
49.5	Прописывается процесс самостоятельного введения пациентом лекарственных средств (например, ингалятор или инсулиновая ручка) *	III

## **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**

50.1	Проводится мониторинг эффекта лекарственных средств на пациента и побочные эффекты документируются и сообщаются ответственному лицу **	I
50.2	Проводится обучение пациента по вопросам приема медикаментов, включая обучение по рекомендуемым медикаментам после выписки **	I
50.3	Прописывается определение терминов «медикаментозная ошибка» и «почти ошибка» и сотрудники сообщают о медикаментозных ошибках и почти ошибках (смотреть критерии 6.3 и 48.5) **	I
50.4	Для врачей и прочего персонала, вовлеченных в обращение с медикаментами, имеется в доступе справочная информация по лекарственным средствам	I
50.5	Врачи, медицинские сестры и прочий персонал, вовлеченный в обращение с медикаментами, обучаются по вопросам обращения с медикаментами **	I

## РАЗДЕЛ D: ЛЕЧЕНИЕ И УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ

<b>D1: Безопасность пациента</b>		
<b>Международная цель по безопасности пациента №1</b>		
<b>Правильная идентификация пациента</b>		
<b>51.0 Безопасность пациента повышается через процесс идентификации пациента, используя два идентификатора пациента</b>		
51.1	Существуют политики и процедуры идентификации пациента, описывающие процесс идентификации пациента с применением двух идентификаторов пациента *	I
51.2	Пациент идентифицируется в соответствии с политиками и процедурами перед каждой процедурой, операцией, инъекцией, приемом медикамента, переливанием крови, взятием биоматериала и других ситуациях	I
51.3	Идентификация пациента облегчается через идентификаторы пациента, такие как: имя (фамилия) пациента, идентификационный номер, дата рождения или другие применимые способы.	I
51.4	Идентификация пациента или бар коды или отслеживаемые номера (номера, которые можно отследить) присутствуют во всех формах медицинских карт и на всех контейнерах с биоматериалом пациента	I
51.5	Сотрудники отдела качества и безопасности пациента помогают в процессе выбора индикаторов по всей организации и предоставляют координацию и интеграцию мероприятий по измерению индикаторов по всей	I

	организации**	
<b>Международная цель по безопасности пациента №2</b>		
<b>Эффективная передача информации</b>		
<b>52.0 Безопасность пациента повышается через стандартизованный процесс передачи информации при переводе пациента, пересмене, при устных назначениях и сообщении результатов исследований</b>		
52.1	Существуют политики и процедуры передачи информации устно и по телефону, описывающие процесс сообщения критических результатов лабораторных и диагностических исследований и форма документации такого результата; процесс сообщения экстренных результатов исследований, и процесс устного назначения медикаментов в экстренной ситуации *	I
52.2	Существуют политики и процедуры, описывающие процесс передачи пациента при переводе между отделениями, между службами и при передаче смены	I
52.3	Стандартизованная передача информации при получении критических результатов лабораторных и диагностических исследований требует, чтобы получатель информации записал сообщение, получатель прочитал сообщение вслух, и сообщающее лицо подтвердило правильность сообщения	I
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	I
52.5	Процесс передачи пациента и устные назначения, а также устное сообщение результатов исследований мониторируется через индикатор(ы), которые применяются для повышения безопасности пациента **	I
<b>Международная цель по безопасности пациента №3</b>		
<b>Безопасность медикаментов высокого риска</b>		
<b>53.0 Безопасность пациентов повышается за счет стандартизированной маркировки и обращения с концентрированными электролитами, медикаментами со схожим видом и схожим названием и другими медикаментами высокого риска</b>		
53.1	Существуют политики и процедуры, описывающие обращение с медикаментами высокого риска, в том числе их маркировку, хранение, назначение и применение *	I
53.2	Существует список медикаментов высокого риска, в том числе концентрированных электролитов, медикаментов со схожим видом и схожим названием, которые присутствуют в больнице **	I

53.3	Медикаменты высокого риска, в том числе концентрированные электролиты, медикаменты со схожим видом и схожим названием хранятся, маркируются и используются в соответствии с политиками больницы по всей организации	I
53.4	Концентрированные электролиты не хранятся в клинических единицах, где они используются редко и хранятся только в тех местах оказания медицинской помощи, где они клинически необходимы	I
53.5	Обращение с медикаментами высокого риска мониторируется через индикатор(ы), которые применяются для повышения безопасности пациента **	I

**Международная цель по безопасности пациента №4**

**Хирургическая безопасность: политикный участок тела, политикная процедура и политикный пациент.**

**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**

54.1	Существуют политики, описывающие процесс маркировки места манипуляции, предманипуляционной проверки и тайм-аута для обеспечения правильного участка тела, правильной процедуры, и операции на правильном пациенте *	I
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	I
54.3	Существует предманипуляционная верификация (проверка готовности) на основе чек-листа или другого инструмента для документации готовности к манипуляции или процедуре высокого риска	I
54.4	Вся хирургическая команда участвует в процедуре тайм-аута в зоне, где будет проводиться хирургическое вмешательство или инвазивная процедура высокого риска, и тайм-аут документируется	I
54.5	Предоперационная верификация и процедура тайм-аут мониторируются через индикатор(ы), которые применяются для повышения безопасности пациента **	I

**Международная цель по безопасности пациента №5**

**Снизить риск инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи через гигиену рук**

**55.0 Безопасность пациентов повышается за счет комплексной программы**

**гигиены рук для предотвращения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи**

55.1	Существуют основанные на доказательной базе (литературе) политики, описывающие виды (уровни), этапы гигиены рук и показания для гигиены рук *	I
55.2	Политики по гигиене рук выполняются по всей медицинской организации	I
55.3	Есть достаточно ресурсов для выполнения процедуры мытья рук и дезинфекции рук	I
55.4	Сотрудники обучаются по видам, этапам гигиены рук и показаниям для гигиены рук **	I
55.5	Практика гигиены рук мониторируется через индикатор(ы), которые применяются для повышения безопасности пациента **	I

**Международная цель по безопасности пациента №6**

**Снизить риск вреда вследствие падений пациента**

**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**

56.1	Существуют политики и процедуры профилактики падений, которые направлены на предотвращение падений и травм от падений. Соответствующий персонал обучается политикам и процедурам *	I
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	I
56.3	Оценка и переоценка риска падения выполняется, когда это требуется и своевременно документируется в медицинской карте **	I
56.4	Предпринимаются действия для предотвращения падений и снижения риска падения, включая: визуальное отличие пациентов с высоким риском падения, сопровождение пациентов с высоким риском падения и другие действия, определенные в политиках	I
56.5	Руководство медицинской организации берет на себя обязательство сделать окружение пациента безопасным для предотвращения падений	I

**Международная цель по безопасности пациента №7**

**Безопасное соединение катетеров и трубок**

**57.0 Безопасность пациентов повышается за счет предотвращения**

<b>неправильного соединения катетеров и трубок пациента</b>		
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 **	I
57.2	Соединения трубок и катетеров перепроверяются или обговариваются вслух при смене дежурств, при переводе пациента в новое подразделение или службу, или после перемещения (смены положения) пациента	I
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)	I
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.	I
57.5	Пациенты и члены их семей информированы о запрете на самостоятельное подключение или отключение катетеров и трубок	I
<b>D2: Права пациента</b>		
<b>58.0 ПОЛИТИКИ И ПРОЦЕДУРЫ ПО ПРАВАМ И ОБЯЗАННОСТЯМ ПАЦИЕНТА</b>		
<b>Медицинская организация выполняет политики и процедуры, направленные на соблюдение прав пациента и определяет обязанности пациента и членов семьи</b>		
58.1	Права и обязанности пациентов и членов семьи перечисляются в документе, который доступен для пациентов в письменной форме в соответствии с	I

	законодательными актами Республики Казахстан **	
58.2	В соответствии с законодательными актами Республики Казахстан руководство медицинской организации перечисляет другие права и обязанности пациента для улучшения пациент-ориентированного ухода (например, разрешение членам семьи пациента посещать и длительное время присутствовать в отделении реанимации) и предоставляет ресурсы для их соблюдения с учетом ментальности, культуры *	II
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 следование рекомендациям медицинского персонала (комплаентность)	II
58.4	Персонал уважает предпочтения и выбор пациентов во время ухода, например, как сотрудники обращаются к пациенту, касательно одежды (если это не нарушает этические нормы), личного ухода и гигиены (за исключением риска безопасности), питания и напитков (если это не запрещено или не ограничено), деятельности, интересов, неприкосновенности частной жизни и касательно посетителей	I
58.5	Персонал обучается соблюдению прав пациентов и уважает права пациентов на практике	II
<b>59.0 БАРЬЕРЫ К ПОЛУЧЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ</b>		
<b>Выявляются и снижаются барьеры к получению медицинской помощи</b>		
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	III
59.2	Пациенты с языковым барьером получают помощь переводчика или персонала или члена семьи, чтобы облегчить получение медицинской помощи	II
59.3	Организация выявляет другие барьеры в порядке оказания медицинской помощи и принимает меры по их снижению	II
59.4	Персонал выявляет какие-либо особые культурные или духовные предпочтения пациентов и не ограничивает доступ пациентов к духовной помощи	III
59.5	Право пациента на личную безопасность и охрану соблюдается через систему охраны и определенный организацией уровень ответственности по защите имущества пациента от потери	II
<b>60.0 ПРИВАТНОСТЬ И КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ИНФОРМАЦИИ</b>		

<b>Соблюдаются права пациента на неприкосновенность частной жизни (приватность), конфиденциальность информации, достойное и уважительное отношение к пациенту</b>		
60.1	Соблюдается право пациента на приватность при осмотрах, обследованиях и транспортировке	I
60.2	Конфиденциальность информации о пациенте сохраняется в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан	I
60.3	Существуют политики и процедуры, утвержденные руководством медицинской организации по соблюдению конфиденциальности информации о пациенте и защите информации *	II
60.4	Сотрудники обучаются требованиям по соблюдению конфиденциальности информации о пациенте	I
60.5	Персонал проявляет достойное и уважительное отношение к пациенту на всех этапах лечения	II
<b>61.0 ЖАЛОБЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ</b>		
<b>Жалобы пациентов расследуются и разрешаются своевременно и объективно</b>		
61.1	Пациенты информируются о том, как выразить жалобу, предложение и отзыв, и такая информация доступна в каждом подразделении, оказывающем медицинскую помощь	II
61.2	Жалобы, предложения и отзывы пациентов собираются из нескольких источников	II
61.3	Жалобы пациентов расследуются своевременно и объективно в течение определенного законодательными актами или организацией периода времени, и пациент информируется, если расследование займет больше времени	II
61.4	Пациент или члены семьи информируются о результатах расследования жалоб	II
61.5	На основе анализа жалоб, предложений и отзывов с целью улучшения опыта пациента или снижения рисков принимаются действия на системном уровне	I
<b>62.0 ОБЩЕЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ</b>		
<b>Внедряются политика получения общего информированного согласия от пациента или лица, принимающего решения от имени пациента</b>		
62.1	Внедряются политики, описывающие получение общего информированного согласия на лечение в медицинской организации и утверждена форма общего информированного согласия *	II
62.2	Персонал вовлекает пациента в их собственный уход, получая письменное общее информированное согласие на лечение	I

62.3	Персонал информирует пациентов или родственников о выборе ухода и лечения и области действия общего информированного согласия	II
62.4	Персонал информирует пациентов или родственников о том, какие виды лечения, процедуры и исследования требуют специального информированного согласия	II
62.5	В общем информированном согласии оговаривается есть ли возможность вести фото- и видеосъемку в целях безопасности или для рекламы и если да, то когда	I

### **63.0 СПЕЦИАЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**Медицинской организацией внедряются политики и процедуры о получении специального информированного согласия от пациента или лиц, принимающих решения за пациента перед определенными процедурами и видами лечения**

63.1	Руководством медицинской организации утверждаются политика, описывающие получение специального информированного согласия и перечень ситуаций, требующих получение специального информированного согласия *	II
63.2	Формы информированных согласий утверждаются руководством медицинской организации и заполняются с указанием идентификации пациента, фамилии и подписи врача, даты, времени, подписи пациента или члена семьи или записи об устном согласии пациента или записи о невозможности получить письменное согласие	I
63.3	Персонал вовлекает пациента в их собственное лечение и уход, получая письменно специальное информированное согласие перед процедурами и видами лечения, определенными организацией	II
63.4	Персонал информирует пациентов или их семьи о предлагаемом виде лечения, рисках (возможных осложнениях) и альтернативных методах лечения	I
63.5	Информированное согласие берется и документируется в медицинской карте перед любой операцией, процедурой высокого риска, анестезией и седацией, перед участием в научном проекте или в экспериментальном лечении и в других ситуациях, определенных медицинской организацией **	I

### **64.0 ОТКАЗ ОТ ЛЕЧЕНИЯ**

**Пациент информирован о праве на отказ от предложенной медицинской помощи**

64.1	Руководством медицинской организации утверждаются политики и процедуры, описывающие право пациента на	II
------	---	----

	отказ от предложенной медицинской помощи полностью или частично, от продолжения лечения или от госпитализации с учетом национальных законодательных актов *	
64.2	Форма отказа от предложенной медицинской помощи утверждается руководством медицинской организации и существует процесс документации отказа пациента от определенного лечения, части лечения или от госпитализации	II
64.3	Пациент получает второе мнение о лечении от другого врача или другой организации без страха ухудшения взаимоотношения с врачом	III
64.4	Если медицинской организацией разрешается временное выбытие пациента из стационара, определяется процесс временного отпуска пациента *	II
64.5	Персонал уважает право пациента отказаться от лечения и информирует о возможных рисках, осложнениях вследствие отказа и об альтернативных видах лечения	I
<b>65.0 НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ</b>		
<b>Участие пациента в научных исследованиях или экспериментальном лечении проводится с соблюдением прав пациента и законодательных актов Республики Казахстан</b>		
65.1	Создается и работает Комиссия по этике (локальный этический комитет), который наблюдает за проведением научных исследований с вовлечением пациента или экспериментального лечения **	I
65.2	В политиках и процедурах, утвержденных медицинской организацией прописываются функции Комиссии по этике, включающие обзор научного исследования, анализ ожидаемых преимуществ и рисков для безопасности пациента и принятие решения о проведении исследования **	I
65.3	Руководством медицинской организации определяется лицо, осуществляющее контроль за проведением и координацию научного исследования с вовлечением пациента (главный исследователь)	III
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	III
65.5	Пациент информируется о ходе исследования и обязанностях пациента, об ожидаемых преимуществах, рисках и дискомфорте, альтернативных видах лечения, праве	I

	отказаться от участия в исследовании в любое время без страха предвзятого отношения после отказа	
<b>66.0 ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ И КУРСАНТОВ</b>		
<b>Образование медицинских студентов и курсантов на базе медицинской организации проводится в соответствии с утвержденными документами</b>		
66.1	Руководством медицинской организации определяется порядок контроль образовательного процесса, а также лицо, осуществляющее контроль за образовательным процессом со стороны медицинской организации	II
66.2	В медицинской организации имеется список всех обучающихся студентов и курсантов и документы, подтверждающие их учебный статус **	I
66.3	Для студентов и курсантов медицинской организацией определяется уровень самостоятельности в оказании медицинской помощи (что имеют право делать под наблюдением, а что самостоятельно) **	I
66.4	Студентам и курсантам предоставляется необходимый уровень контроля и оценки навыков	II
66.5	Студенты и курсанты проходят инструктаж и обучаются по качеству, инфекционному контролю и другим ключевым требованиям медицинской организации **	I
<b>D3: Основы клинического ухода</b>		
<b>67.0 ТРИАЖ ПАЦИЕНТОВ</b>		
<b>Процесс обслуживания пациентов скорой медицинской помощи стандартизован</b>		
67.1	Внедряются политики, описывающие критерии триажа пациентов либо осмотра на месте вызова	I
67.2	Проводится приоритизация лечения в соответствии с неотложностью/экстренностью ситуации	I
67.3	Проводится оценка потребности в дополнительных ресурсах и запросах при необходимости на месте инцидента	I
67.4	Проводится оценка пациента на наличие показаний для лечения и транспортировки в надлежащую организацию здравоохранения	I
67.5	Персонал обучается критериям триажа, на основе которых определяется потребность пациента в экстренной или неотложной помощи	I
<b>68.0 ПАЦИЕНТЫ ГРУППЫ РИСКА</b>		
<b>Медицинская организация определяет пациентов группы риска и процедуры высокого риска</b>		
68.1	Определяются пациенты группы риска, которые из-за своего состояния не могут выразить свое мнение или требуют	II

	<p>особого обращения с ними:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дети;</li> <li>2) ослабленные пожилые люди;</li> <li>3) терминальные/ умирающие пациенты;</li> <li>4) пациенты в коме или на поддерживающей терапии в реанимации;</li> <li>5) пациенты, получающие диализ;</li> <li>6) пациенты с эмоциональными или психическими расстройствами;</li> <li>7) жертвы насилия или невнимательного обращения;</li> <li>8) инфекционные пациенты;</li> <li>9) другие группы на усмотрение медицинской организации.</li> </ol>	
68.2	Медицинской организацией внедряются политики и процедуры, описывающие особенности осмотра, лечения, обращения с пациентами группы риска *	III
68.3	Форма осмотра пациента по необходимости дополняется информацией, важной для пациентов группы риска (модификация формы осмотра)	III
68.4	Персонал обучается политикам и требованиям, связанным с лечением пациентов группы риска	III
68.5	При выявлении жертв насилия или невнимательного обращения, организация контактирует с заинтересованными социальными, правоохранительными органами и иными организациями	I
<p><b>69.0 СОДЕРЖАНИЕ ПЕРВИЧНОГО ОСМОТРА</b>  <b>Первичный осмотр имеет достаточную информацию для определения потребностей пациента и составления первоначального плана лечения *</b></p>		
69.1	Первичный осмотр включает в себя анамнез заболевания, аллергологический анамнез, подробный медикаментозный анамнез	I
69.2	Первичный осмотр включает в себя оценку боли, жизненно-важные показатели, физикальное обследование, и если применимо, локальный статус	II
69.3	Первичный осмотр включает в себя нутриционный скрининг для выявления проблем питания и функциональный скрининг для выявления проблем самообслуживания и передвижения	III
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	II
69.5	Первичный осмотр включает в себя оценку эмоционального	III

	и психического состояния пациента	
<b>70.0 ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ</b>		
<b>Индивидуальный план лечения своевременно документируется и включает в себя цели или желаемые результаты лечения *</b>		
70.1	План лечения разрабатывается индивидуально на основе первичного осмотра и при необходимости повторных осмотров через определенные промежутки времени, результатов обследований	III
70.2	В разработку плана лечения вовлекается команда (врач, фельдшер, медицинская сестра и другие специалисты)	III
70.3	План лечения по возможности включает цели или желаемые результаты лечения	II
70.4	План лечения соответствует утвержденным, основанным на доказательной базе клиническим протоколам или руководствам по лечению (смотреть также стандарт 10.0)	I
70.5	План лечения своевременно отражается в медицинской карте вызова и пациенту назначаются необходимые консультации специалистов, исследования, лекарственная и иная терапия	II
<b>71.0 ПОВТОРНЫЕ ОСМОТРЫ ПАЦИЕНТА</b>		
<b>Состояние пациента наблюдается и документируется в динамике</b>		
71.1	Состояние пациента наблюдается и документируется в динамике с целью оценки достижения целей или желаемых результатов от плана лечения	III
71.2	Повторные осмотры пациента проводятся через определенные промежутки времени в зависимости от состояния пациента и в соответствии с политиками медицинской организации	II
71.3	План лечения обновляется, когда меняется состояние, диагноз пациента или на основе новой информации или по результатам повторных осмотров	II
71.4	Повторные осмотры пациента документируются в медицинской карте вызова с указанием состояния пациента в динамике	II
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.	II
<b>72.0 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ ВЫСОКИЙ РИСК</b>		
<b>При осуществлении лечения пациентов, имеющих высокий риск, персонал руководствуется политикой и процедурами *</b>		
72.1	Медицинская организация руководствуется политикой и процедурами по лечению пациентов в критическом	I

	состоянии, для применения реанимационных пособий, пациентов, которые подключены к аппаратам жизнеобеспечения или находятся в коме	
72.2	Медицинская организация устанавливает политики и процедуры по ведению пациентов с инфекционными болезнями, пациентами с пониженным иммунитетом, уязвимыми категориями пациентов (престарелые, инвалиды и дети)	I
72.3	Медицинская организация устанавливает критерии использования механических средств удерживания/фиксации пациентов	II
72.4	В разработке критериев принимают участие реаниматологи, и сотрудники обучаются применению критериев	II
72.5	Медицинские карты вызова пациентов отражают состояние пациента, которое соответствует установленным критериям при осуществлении лечения пациентов, имеющих высокий риск	I
<b>73.0 ТРАНСПОРТИРОВКА ПАЦИЕНТА</b>		
<b>Перемещение пациентов из места вызова в медицинскую организацию, между организациями или в определенных случаях домой основывается на физиологических критериях *</b>		
73.1	Перемещение пациентов из места вызова основывается на физиологических критериях и потребностях пациента в получении непрерывного лечения и ухода	II
73.2	Медицинская организация рассматривает передачу ответственности на другую медицинскую организацию или в другие условия и определяет осуществляющее контроль лицо во время перемещения	II
73.3	Медицинская организация проводит процесс перемещения пациента из места вызова на основании критериев целесообразности перемещения и определяет, когда перемещение не возможно	II
73.4	Соответствующий квалифицированный сотрудник проводит мониторинг состояния пациента	II
73.5	Соблюдается документирование процесса перемещения пациента из места вызова в медицинской карте вызова пациента	II
<b>74.0 НЕПРЕРЫВНОСТЬ УХОДА</b>		
<b>Во время доставки/транспортировки пациента в медицинскую организацию соблюдается непрерывность ухода *</b>		
74.1	Принимающей организации здравоохранения предоставляется устная информация о пациенте,	II

	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	II
74.3	Во время передачи пациента в другую организацию здравоохранения, бригада скорой помощи забирает от направляющей организации клиническое резюме или выписку из медицинской документации	II
74.4	Клиническое резюме или выписка из медицинской документации передается вместе с пациентом	II
74.5	Клиническое резюме или выписка из медицинской документации содержит информацию о состоянии пациента, проведенных процедурах и вмешательствах, потребности пациента в непрерывном уходе	II
<b>75.0 ДОСТУПНОСТЬ УСЛУГ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ</b>		
<b>Медицинская организация удовлетворяет потребности пациента в доступе к медицинской помощи</b>		
75.1	Разрабатываются процедуры информирования населения, соответствующих служб и других медицинских организаций о порядке получения скорой медицинской помощи в соответствии с категориями срочности	II
75.2	Медицинская организация устанавливает и реализовывает процесс реагирования на запросы общественности и средства массовой информации	II
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	II
75.4	Налаживается тесное взаимодействие медицинской организации с аварийными службами	II
75.5	Сотрудники обучаются процедурам взаимодействия медицинской организации с аварийными службами	II
<b>76.0 УДОВЛЕТВОРЕНИЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ УМИРАЮЩИХ ПАЦИЕНТОВ</b>		
<b>Медицинская организация удовлетворяет потребности умирающих пациентов</b>		
76.1	Персонал медицинской организации оказывает помощь умирающим пациентам и семье в управлении болью и симптомами, осуществляя деятельность с уважением и состраданием	II
76.2	Персонал медицинской организации уважительно относится к решениям пациента, принимая во внимание его духовные и	II

	культурные потребности	
76.3	Персонал обучается политике организации в отношении приостановки услуг по реанимации или воздержания, и приостановки лечения по поддержанию жизнедеятельности	II
76.4	Медицинская организация реализовывает совместную деятельность с организациями здравоохранения, вовлеченными в процесс ухода за пациентом	II
76.5	Медицинская организация разрабатывает процедуру по обращению с пациентом, скончавшимся на месте инцидента или во время его транспортировки в машине скорой помощи	II
<b>77.0 ОРГАНИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ</b>		
<b>Услуги по анестезии и седации являются доступными круглосуточно и соответствуют законодательным актам Республики Казахстан и профессиональным требованиям *</b>		
77.1	Определяется квалифицированное лицо, осуществляющее контроль за анестезиологическую службу и все услуги по анестезии и седации, и его функции прописываются в должностной инструкции	II
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	I
77.3	Оказываемые услуги по седации и анестезии соответствуют законодательными актами Республики Казахстан, а также профессиональным стандартам, протоколам лечения	II
77.4	Услуги по седации и анестезии являются доступными для экстренных ситуаций	I
77.5	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)	II
<b>78.0 АНЕСТЕЗИЯ</b>		
<b>Разрабатываются и внедряются политики или руководство по анестезии *</b>		
78.1	Перед проведением анестезии анестезиологом проводится и документируется в медицинской карте предварительный осмотр пациента (смотреть критерий 18.1)	II
78.2	Непосредственно перед началом анестезии анестезиологом проводится и документируется преиндукционная оценка пациента	I
78.3	Физиологический статус во время анестезии на основе жизненно-важных функций наблюдается и документируется каждые 10 минут для каждого пациента.	II

	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	II
78.5	Решение о пробуждении и готовности пациента к переводу в клиническое отделение принимается анестезиологом	II
<b>79.0 СЕДАЦИЯ</b>		
<b>Разрабатываются и внедряются политики, процедуры или руководство по седации *</b>		
79.1	Перед проведением седации квалифицированный врач проводит и документирует в медицинской карте предварительный осмотр пациента (смотреть критерий 18.1)	II
79.2	В политиках и процедурах перечисляются все места, где седация проводится для сопровождения болезненной процедуры (процедурная седация)	III
79.3	При проведении процедурной седации являются доступными лекарственные средства и изделия медицинского назначения для оказания экстренной помощи	II
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)	II
79.5	Восстановление после седации определяется на основе критериев пробуждения, которые документируются в медицинской карте	II
<b>80.0 КОД СИНИЙ</b>		
<b>Услуги реанимации являются доступными по всей организации *</b>		
80.1	Круглосуточно на территории медицинской организации являются доступными услуги реанимации (оказание базовой и углубленной сердечно-легочной реанимации или «код синий»)	II
80.2	Стандартизованный набор лекарственных средств, изделий медицинского назначения и оборудования для оказания базовой и углубленной сердечно-легочной реанимации поддерживается в постоянной готовности	II
80.3	Внедряются политики и процедуры, описывающие порядок оказания базовой и углубленной сердечно-легочной реанимации	I

80.4	Углубленная (расширенная) сердечно-легочная реанимация оказывается в течение 3 минут на территории медицинской организации	I
80.5	Медицинские работники обучаются оказанию базовой сердечно-легочной реанимации	I
<b>81.0 ОПЕРАЦИИ/ИНВАЗИВНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ</b>		
<b>Своевременно и подробно оформляется документация о проводимой операции/инвазивной процедуре</b>		
81.1	Вне зависимости от срочности операции/инвазивной процедуры, до начала процедуры врач проводит осмотр и документирует его в медицинской карте вызова	I
81.2	Запись в медицинской карте вызова содержит обоснование или причину операции/ инвазивной процедуры, диагноз, название планируемой процедуры	I
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	I
81.4	Психологическое состояние пациента непрерывно мониторируется во время и сразу же после процедуры	I
81.5	Информация о данных процедурах и лицах, проводивших их, а также полученные результаты своевременно фиксируются в карте вызова пациента.	I

## **РАЗДЕЛ Е: СПЕЦИАЛЬНЫЕ СЛУЖБЫ**

<b>Раздел Е.1. Коммуникационные центры неотложной/скорой помощи</b>		
<b>Коммуникационные центры неотложной/скорой медицинской помощи эффективно поддерживают реагирование службы скорой/неотложной помощи на инциденты и необходимость транспортировки пациентов</b>		
<b>82.0 РАЗРАБОТКА И МОНИТОРИНГ ПЛАНА РАБОТЫ</b>		
<b>Руководители медицинской организации планируют и мониторируют услуги коммуникационного центра</b>		
82.1	Разрабатывается план для эффективной работы коммуникационного центра, проводится надлежащий мониторинг по реализации плана	II
82.2	Мониторинг плана включает идентификацию областей реагирования наличие средств реагирования, охватывание периодов максимальной нагрузки	II
82.3	Мониторинг плана включает реагирование на инциденты с большим количеством жертв и катастрофы	II

82.4	Мониторинг плана включает координацию критических инцидентов	II
82.5	Мониторинг плана включает предоставление исчерпывающей интегрированной 24-часовой коммуникационной системы	II
<b>83.0 КАТЕГОРИРОВАНИЕ ВЫЗОВОВ</b>		
<b>План работы включает в себя определенный процесс для того, чтобы четко категорировать вызовы согласно уровню реагирования и категории срочности</b>		
83.1	Разрабатываются политики, процедуры и внедряются процедуры категорирования вызовов для каждого запроса на услугу	I
83.2	Все вызовы службы подвергаются категорированию (на этапе диспетчера «103»)	I
83.3	Процесс категорирования вызовов предоставляется в единый общественный диспетчерский пункт реагирования	I
83.4	Процесс категорирования вызовов подвергается мониторингу	I
83.5	Определяются ответственные лица по реализации процесса категорирования вызовов согласно уровню реагирования и категории срочности	I
<b>84.0 СТАНДАРТЫ ПО ВРЕМЕНИ РЕАГИРОВАНИЯ</b>		
<b>План включает в себя стандарты по времени реагирования</b>		
84.1	Стандарты соответствуют законодательным актам Республики Казахстан	III
84.2	Стандарты охватывают различные области предоставления услуг	III
84.3	Стандарты охватывают различные диспетчерские категории	III
84.4	Стандарты охватывают время ожидания вызова	III
84.5	Стандарты подвергаются мониторингу с использованием единых часов либо регулярно синхронизированных часов	III
<b>85.0 ПРИЕМ И ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ ИНФОРМАЦИИ О ЗАЯВКАХ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ</b>		
<b>Коммуникационный центр использует процесс для получения и документирования информации о заявках на предоставление услуг</b>		
85.1	Проводится фиксирование номера телефона для обратной связи с вызывающим лицом, адреса инцидента или необходимой услуги, повода для вызова или сути запроса или жалобы	I
85.2	Проводится фиксирование экстренности или неотложности запроса	I
85.3	Проводится фиксирование инструкций	I
85.4	Проводится фиксирование необходимости содействия от	I

	любой другой организации	
85.5	Прямые, срочные коммуникации поддерживаются постоянно между: 1) диспетчером и звонящим лицом; 2) диспетчером и бригадой скорой помощи	I
<b>86.0 ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ ДЛЯ БЕСПЕРЕБОЙНОЙ РАБОТЫ КОММУНИКАЦИОННОГО ЦЕНТРА</b>		
<b>Медицинской организацией внедряется система бесперебойного получения и обмена информацией</b>		
86.1	Руководством медицинской организации обеспечивается наличие необходимых ресурсов по бесперебойному обмену информацией	I
86.2	Осуществляется своевременная регистрация неотложных и других вызовов (ответы на телефон и другие)	I
86.3	Организация работы диспетчерской службы соответствует установленным требованиям	I
86.4	Имеется в наличии и бесперебойно обеспечивает обмен информацией спутниковая навигационная система	I
86.5	В бесперебойном обмене информацией используются радиокommunikации, цифровое картографирование	I
<b>Раздел Е.2. СЛУЖБА НАЗЕМНОЙ СКОРОЙ/НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ</b>		
<b>Служба наземной скорой/ неотложной медицинской помощи эффективно поддерживает реагирование на инциденты и необходимость транспортировки пациентов</b>		
<b>87.0 Служба наземной скорой/неотложной помощи соответствует потребностям пациентов</b>		
87.1	Руководством медицинской организации обеспечиваются необходимые ресурсы для эффективного оказания доврачебной неотложной помощи на ожидаемом уровне	I
87.2	Служба наземной скорой/неотложной помощи способна реагировать в разных клинических областях с использованием необходимого оборудования	I
87.3	Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи осуществляется линейными (врачебными, фельдшерскими), и специализированными бригадами в соответствии с потребностями населения	I
87.4	Объем медицинской помощи предоставляется в соответствии со стандартами (протоколами диагностики и лечения, клиническими руководствами и протоколами, алгоритмами).	I
87.5	Все этапы оказания экстренной и неотложной медицинской помощи стандартизированы	I

<b>88.0 САНИТАРНЫЙ АВТОТРАНСПОРТ</b>		
<b>Разрабатываются и внедряются политики и процедуры по организации оказания медицинской помощи в форме санитарного автотранспорта в соответствии с установленными требованиями и потребностями пациентов</b>		
88.1	Санитарный автотранспорт оснащен достаточным количеством оборудования и расходных материалов, необходимых для предоставления скорой/неотложной помощи, как детям, так и взрослым	I
88.2	Санитарный автотранспорт для поддержания основных функций жизнедеятельности пациента обеспечен квалифицированными специалистами по оказанию первой помощи в обстоятельствах, угрожающих жизни пациента	I
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	I
88.4	При транспортировке пациента с заболеванием, угрожающим его жизни, либо несовершеннолетнего лица в медицинскую организацию, оказывающую экстренную стационарную помощь, допускается его сопровождение родственником (не более одного человека)	I
88.5	Санитарный автотранспорт используется строго по назначению	I
<b>Раздел Е.3. СЛУЖБА ВОЗДУШНОЙ СКОРОЙ/НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ</b>		
<b>Служба воздушной скорой/ неотложной медицинской помощи эффективно поддерживает реагирование на инциденты и необходимость транспортировки пациентов</b>		
<b>89.0 Служба воздушной скорой/неотложной помощи соответствует потребностям пациентов</b>		
89.1	Руководством медицинской организации обеспечиваются необходимые ресурсы для эффективного предоставления неотложной помощи на ожидаемом уровне и вылета на место инцидента	I
89.2	Служба воздушной скорой/неотложной помощи способна реагировать в разных клинических областях с использованием необходимого оборудования	I
89.3	Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи осуществляется бригадами (республиканский, специализированный и региональный уровни) в соответствии с потребностями пациентов	I
89.4	Объем медицинской помощи предоставляется в соответствии со стандартами (протоколами диагностики и	I

	лечения, клиническими руководствами и протоколами, алгоритмами).	
89.5	Все этапы оказания воздушной скорой/ неотложной медицинской помощи стандартизуются	I
<b>90.0 ТРАНСПОРТ СЛУЖБЫ ВОЗДУШНОЙ СКОРОЙ/ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ</b>		
<b>Разрабатываются и внедряются политики процедуры по организации оказания медицинской помощи в форме транспорта службы воздушной скорой/ неотложной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и потребностями пациентов</b>		
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	I
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	I
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	I
90.4	Клинический персонал, принимающий участие в трансфере пациента, имеет возможность немедленно связаться с профильным специалистом	I
90.5	Непосредственную ответственность за пациента во время всего трансфера несет клиническая бригада на борту.	I
<b>91.0 ОБУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ПЕРСОНАЛА ТРАНСПОРТА СЛУЖБЫ ВОЗДУШНОЙ СКОРОЙ/ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ</b>		
<b>Клиническая команда обучается ключевым аспектам предоставления аэромедицинской помощи и лечения пациентов</b>		
91.1	Проводится обучение, тестирование знаний по особым аспектам авиационной физиологии и медицинским услугам санитарной авиации	II
91.2	Проводится обучение по организационным вопросам воздушно-транспортных услуг и управлению ресурсами бригады	II
91.3	Обучение вопросам безопасности в воздухе и ознакомление с оборудованием происходит на постоянной основе	II
91.4	Проводятся обязательные специфические предполетные	II

	инструктажи	
91.5	Обучение включает сотрудников, в том числе внештатных, студентов, курсантов, резидентов	II

Стандарт или критерий, требующий, чтобы были прописаны внутренние политики, политика или процедуры (внутренний нормативный документ), обозначается знаком \*

Стандарт или критерий, требующий, чтобы был предоставлен любой другой подтверждающий документ (не политика или процедуры), обозначается знаком \*\*. Например, список участников лекции, план работы, журнал учета, и т.п.