

ПРОЕКТ

Стандарты аккредитации для организаций здравоохранения,
оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь

РАЗДЕЛ А «РУКОВОДСТВО»

№	Измеряемые критерии	Ранги
1.0 УПРАВЛЯЮЩИЙ ОРГАН		
Функции управляющего органа (Наблюдательный Совет, Совет директоров, Совет учредителей или уполномоченный орган) медицинской организации описываются в документах.		
1.1	Структура и функции управляющего органа медицинской организации, включая делегированные высшему руководителю(-ям) медицинской организации полномочия, описываются в документах (Устав или иной документ). **	Ш
1.2	Члены Управляющего органа представляются по имени и должности в документах. **	Ш
1.3	Управляющим органом разрабатывается порядок оценки работы руководителя(-лей) медицинской организации с критериями оценки руководителя(-лей) медицинской организации. *	Ш
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. **	П
1.5	Документируется ежегодная оценка работы управляющего органа и руководителя(-лей) медицинской организации. **	І
2.0 СТРАТЕГИЧЕСКОЕ И ОПЕРАЦИОННОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ		
Руководители медицинской организации планируют услуги согласно потребностям населения		
2.1	В документе для стратегического планирования (стратегия развития или стратегический план) излагаются миссия, видение, ценности, стратегические цели, задачи и индикаторы исполнения задач. **	Ш
2.2	Коллективно разработанный документ для	П

	стратегического планирования деятельности организации согласовывается управляющим органом. **	
2.3	На основании документа для стратегического планирования, руководство коллективно разрабатывает и утверждает документы для операционного планирования деятельности (операционный или производственный план организации на год). **	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 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	III

	организацией и (или) лицо, осуществляющее контроль 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.	III
4.4	В организационной структуре представляется лицо, осуществляющее контроль эффективного управления финансовыми ресурсами.	III
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.	II
5.0 ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ		
Определяются и соблюдаются этические нормы организации.		
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.	III
5.2	В медицинской организации разрабатывается и утверждается этический кодекс или политика по этике, охватывающие права, обязанности и ответственность персонала при осуществлении своей профессиональной деятельности. *	III
5.3	Персонал проходит обучение по вопросам этики.	II
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.	I
5.5	В медицинской организации создается Этический комитет для рассмотрения этических вопросов при оказании медицинской помощи в данной организации. **	II
6.0 КУЛЬТУРА БЕЗОПАСНОСТИ		
Руководство организации внедряет и поддерживает культуру безопасности, поощряющую выявление ошибок и принятие системных мер по улучшению работы вместо наказания.		
6.1	Руководством медицинской организации поддерживается баланс между профессиональной ответственностью и	I

	некарательной обстановкой для выявления ошибок и «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
7.0 УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ В медицинской организации определяется лицо, осуществляющее контроль координации мероприятий по улучшению качества и утверждается документ, определяющий основные направления работы по улучшению качества.		
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 медицинской организации 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 связанный с естественным течением заболевания; 2) процедура или операция, проведенная «не тому пациенту», «не на том месте» или «не та	II

	<p>процедура»;</p> <p>3) значительные побочные эффекты или реакция на 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>8.0 НЕПРЕРЫВНОЕ ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА В медицинской организации внедряется программа непрерывного улучшения качества услуг и безопасности пациента.</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 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	I

	комиссий и применяются для улучшения деятельности.	
9.0 УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ		
В медицинской организации внедряется программа по управлению рисками.		
9.1	Медицинская организация имеет программу по управлению рисками, которая включает следующие элементы *: <ul style="list-style-type: none"> 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: <ul style="list-style-type: none"> 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	Раз в год 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
10.0 КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ		
Руководители организации отслеживают выполнение сотрудниками утвержденных на основании доказательной базы клинических протоколов диагностики и лечения.		
10.1	Ежегодно руководители медицинской организации коллективно определяют не менее пяти клинических протоколов диагностики и лечения (если применимо),	III

	которые подлежат мониторингу на предмет исполнения.	
10.2	При отсутствии утвержденных клинических протоколов диагностики и лечения, медицинская организация утверждает для внутреннего пользования адаптированные клинические протоколы диагностики и лечения или инициирует их пересмотр или утверждение на национальном уровне.	I
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
11.0 РАБОТА С НАСЕЛЕНИЕМ		
Медицинская организация способствует доступности оказываемых услуг для населения и планирует типы медицинских услуг, отвечающие потребностям обслуживаемых пациентов.		
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		
Финансовые ресурсы медицинской организации используются эффективно для реализации стратегических и операционных задач.		
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
13.0 ФИНАНСОВЫЙ АУДИТ		
Управление ресурсами организации проводится в соответствии с законодательными актами, внутренним политикам.		
13.1	Существует система или процесс внутреннего финансового контроля.	II
13.2	Внешний финансовый аудит проводится в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан и внутренних политик и процедур.	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
14.0 ФОНД ОПЛАТЫ ТРУДА		
Оплата труда сотрудников осуществляется своевременно и с учетом дифференцированного вклада работника в производительность организации		
14.1	Оплата труда сотрудников осуществляется на основании	III

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

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

19.1	Первый руководитель организации осуществляет контроль достоверности публикуемых и предоставляемых во внешние организации данных.	III
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	Политики и процедуры 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 в соответствии с утвержденными в должностной инструкции квалификационными требованиями. Копия подписанной сотрудником должностной инструкции имеется в кадровой службе.	Ш
21.3	Руководители медицинской организации создают условия для непрерывного обучения сотрудников (например, доступ в интернет, компьютеры, тренинговый класс, библиотека и другие).	Ш
21.4	Определяются потребности сотрудников в обучении. Обучение проводится на базе или вне медицинской организации.	Ш
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).	П
22.0 ЛИЧНОЕ ДЕЛО СОТРУДНИКА		
Личные дела сотрудников медицинской организации формируются, хранятся и обновляются в соответствии с установленными требованиями.		
22.1	Личное дело каждого сотрудника, включая внештатных работников, совместителей, консультантов, резидентов содержит сведения об образовании и квалификации сотрудника, в соответствии с требованиями должностной инструкции и законодательных актов Республики Казахстан.	Ш
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.	І
22.3	Личное дело каждого сотрудника содержит результаты оценки сотрудника, проводимые один раз в год.	П
22.4	Личное дело каждого сотрудника содержит записи о проведении обучения на базе медицинской организации и вне организации.	Ш
22.5	Личное дело каждого сотрудника стандартизуется и есть доказательство его периодической проверки работником кадровой службы.	П
23.0 ИНСТРУКТАЖ		
Медицинская организация проводит инструктаж (ориентацию) каждого сотрудника для ознакомления с организацией.		
23.1	Разрабатываются и внедряются письменные и (или) видеоматериалы для проведения инструктажа (ориентации).	Ш

23.2	Каждый сотрудник, внештатный сотрудник, волонтер, совместитель, консультант, студент, курсант, резидент проходит инструктаж и обучение для ознакомления с медицинской организацией, со своими должностными обязанностями и основными требованиями по безопасности. **	Ш
23.3	Инструктаж сотрудников включает пожарную безопасность, готовность к чрезвычайным ситуациям и безопасность на рабочем месте.	Ш
23.4	Инструктаж медицинских работников включает инфекционный контроль и требования по безопасной работе с медицинским оборудованием.	Ш
23.5	Инструктаж сотрудников включает ознакомление с Программой по повышению качества и безопасности пациента требования и сообщение об инцидентах.	П
24.0 ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ НАВЫКОВ		
При трудоустройстве и периодически проводится оценка знаний и клинических навыков медицинского (клинического) персонала.		
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.	П
24.2	При трудоустройстве проводится оценка навыков среднего медицинского персонала и утверждается список компетенций.	Ш
24.3	При трудоустройстве проводится оценка навыков параклинического персонала (лаборанты, провизоры и фармацевты, инструкторы и другие) и утверждается список компетенций.	П
24.4	Раз в три года или по необходимости проводится процедура пересмотра клинических привилегий врача с учетом оценки деятельности врача, его текущей квалификации (знаний, образования, навыков и опыта), исходов лечения, в том числе неблагоприятных исходов и других сведений. *	П
24.5	Один раз в год проводится переоценка компетенций параклинического персонала и среднего медицинского персонала.	І
25.0 ЕЖЕГОДНАЯ ОЦЕНКА СОТРУДНИКОВ		
Один раз в год проводится оценка работы каждого сотрудника, в соответствии с утвержденными политиками и процедурами организации.		
25.1	Утверждаются политики и процедуры оценки работников и форма оценки сотрудников.	Ш

25.2	При оценке врачей, среднего медицинского персонала и других работников, определенных организацией, учитываются показатели работы (индикаторы деятельности) и эти показатели содержатся в личных делах.	II
25.3	Заполненная форма оценки сотрудника хранится в личном деле. Сотрудник ознакамливается с результатами оценки его (ее) работы.	III
25.4	Результаты оценки определяют соответствие сотрудника, включая внештатных работников, совместителей, консультантов, резидентов, занимаемой должности и ожиданиям непосредственного руководителя.	III
25.5	При оценке также оцениваются профессиональные компетенции (смотреть критерии 24.4 и 24.5).	II

26.0 ЗДОРОВЬЕ И БЕЗОПАСНОСТЬ СОТРУДНИКОВ

Здоровье и безопасность сотрудников, иммунизация и вакцинация поддерживаются в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан.

26.1	Медицинская организация предоставляет (или обеспечивает) сотрудникам защитную одежду и защитные средства (включая средства для радиационной безопасности) и идентификационные бейджи на рабочем месте.	I
26.2	Внешняя организация раз в пять лет проводит оценку рабочих мест в медицинской организации в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан. **	III
26.3	Медицинская организация проводит мониторинг нагрузки на персонал, управление стрессом среди сотрудников. В медицинской организации существует процесс управления насилием и агрессией (например, антистрессовая комната, комната духовного уединения и другие). *	II
26.4	Медицинская организация проводит вакцинацию и иммунизацию в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан и проводит мероприятия по продвижению здорового образа жизни (например, усилия против курения, тренажерный зал или со-оплата посещений в тренажерный зал). **	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

27.0 КОНТРАКТНЫЕ РАБОТНИКИ

Медицинские работники, не состоящие в штатном расписании организации

(внештатные специалисты), имеют соответствующее предоставляемым ими услугам образование и квалификацию.		
27.1	Каждый внештатный сотрудник соответствует прописанным квалификационным требованиям и копия подписанной должностной инструкции или договора на оказание услуг имеется в кадровой службе (смотреть критерии 21.2 и 22.1) **	Ш
27.2	Личное дело каждого внештатного медицинского работника содержит доказательство проверки подлинности у первоисточника документов об образовании и квалификации (смотреть критерий 22.2) **	Ш
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) **	Ш
27.4	Один раз в год проводится оценка качества работы каждого внештатного сотрудника, и форма оценки хранится в личном деле (смотреть стандарт 25) **	Ш
27.5	Результаты оценки качества работы внештатного сотрудника применяются для повышения качества услуг организации	I
28.0 МОНИТОРИНГ ДОГОВОРОВ		
Руководители медицинской организации контролируют качество предоставляемых по договору услуг и товаров.		
28.1	Определяются руководители организации, которые курируют договора о предоставлении услуг или товаров для организации	П
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, приготовление питания для пациентов, обслуживание медицинского оборудования), прописываются индикаторы, на основании которых медицинская организация проводит мониторинг договора и оценку качества услуг или товаров поставщика **	П
28.4	Результаты мониторинга договоров на основе индикаторов или на основе однократной оценки поставщика доводятся до сведения руководства ежегодно (смотреть критерий 28.1) **	П

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

Инфекционный контроль.		
29.0 КОМИССИЯ ПО ИНФЕКЦИОННОМУ КОНТРОЛЮ		
Комиссия по инфекционному контролю и сотрудник(и) по инфекционному контролю координируют выполнение программ, политик и алгоритмов по инфекционному контролю.		
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 внутрибольничным инфекциям и их анализ (индикаторы по внутрибольничным инфекциям, а также разбор индивидуальных случаев внутрибольничных инфекций) и применяет данные по инфекциям для повышения безопасности пациента **	II
29.5	Один раз в квартал персонал и руководство информируются о результатах мониторинга индикаторов по инфекционному контролю и рекомендациях для улучшения	I
30.0 ПРОГРАММА ПО ИНФЕКЦИОННОМУ КОНТРОЛЮ		

В организации внедряется программа по инфекционному контролю, охватывающая все территории организации, всех работников, пациентов, посетителей и арендаторов помещений.

30.1	Программа по инфекционному контролю разрабатывается в соответствии с установленными требованиями и внедряется в медицинской организации	Ш
30.2	Программа по инфекционному контролю разрабатывается с учетом современной мировой литературы, рекомендаций Всемирной Организации Здравоохранения или других профессиональных, признанных источников *	Ш
30.3	Программа по инфекционному контролю пересматривается ежегодно	Ш
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 **	П
30.5	Руководство предоставляет ресурсы для эффективного выполнения программы по инфекционному контролю	П

31.0 ПОЛИТИКИ И ПРОЦЕДУРЫ ПО ИНФЕКЦИОННОМУ КОНТРОЛЮ
Медицинская организация разрабатывает, утверждает и внедряет политики, процедуры или алгоритмы в области инфекционного контроля.

31.1	В медицинской организации внедряются политики, процедуры и (или) алгоритмы по универсальным мерам предосторожности с четкими показаниями, когда и как использовать средства индивидуальной защиты *	П
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	П
31.3	В местах использования имеется достаточное количество средств индивидуальной защиты (смотреть критерий 30.5)	П
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)	П
31.5	Средства индивидуальной защиты используются персоналом правильно, в соответствии с политиками организации	П

32.0 ДЕЗИНФЕКЦИЯ, СТЕРИЛИЗАЦИЯ И ПРАЧЕЧНАЯ

Чистка (уборка), дезинфекция, стерилизация и действия в прачечной проводятся с минимизацией риска инфекций.

32.1	Разрабатываются и внедряются политики, процедуры или алгоритмы по чистке (уборке), дезинфекции, стерилизации инструментов и обработки белья в прачечной включая транспортировку, обработку и хранение белья и инструментов *	I
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

33.0 МЕДИЦИНСКИЕ ОТХОДЫ

Организация обеспечивает безопасное обращение с отходами.

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 согласно законодательству 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	I

	соблюдением температурного режима и сроков временного хранения	
33.5	Персонал обучается политикам и процедурам по обращению с медицинскими отходами и соблюдает их на практике **	I
34.0 ИНЖЕНЕРНЫЕ СИСТЕМЫ И РЕМОНТНЫЕ РАБОТЫ		
Инфекционный контроль поддерживается инженерными системами, а также при проведении ремонтных работ.		
34.1	В местах, где необходима асептическая рабочая зона (микробиологическая, патологоанатомическая лаборатории, места разведения цитостатических лекарственных средств) устанавливаются ламинарные боксы	II
34.2	В палатах для изоляции пациента с воздушно-капельной инфекцией система вентиляции поддерживает отрицательное давление (воздух вдувается из коридора в палату)	I
34.3	В операционных комнатах, лабораториях катетеризации (рентген-операционных) и палатах для пациентов после трансплантации система вентиляции поддерживает положительное давление (воздух выдувается из комнаты в коридор)	I
34.4	В медицинской организации внедряются политики и процедуры по инфекционному контролю при проведении ремонтных, строительных работ с определением уровня рисков в зависимости от масштаба и вида работ *	II
34.5	Все ремонтные, строительные работы согласовываются письменно с сотрудником по инфекционному контролю, который контролирует соблюдение требований по инфекционному контролю для предотвращения инфицирования пациента в результате ремонтно-строительных работ **	II
35.0 ПРОЦЕДУРА ИЗОЛЯЦИИ		
В медицинской организации разрабатываются и внедряются политики, процедуры и алгоритмы по изоляции (инфекционного) пациента.		
35.1	Процедуры и алгоритмы по изоляции инфекционного пациента прописываются ясно; персонал обучается им и соблюдает их *	III
35.2	В медицинской организации есть палата с отрицательным давлением для пациента с воздушно-капельной инфекцией или процедура по переводу таких пациентов в другую подходящую организацию	I
35.3	Процедура изоляции включает строгое соблюдение	I

	гигиены рук, показанные в таком случае средства индивидуальной защиты и визуальный знак для информирования любого, кто входит в зону нахождения инфекционного пациента	
35.4	Пациенты с инфекцией и члены семьи обучаются по инфекционному контролю, включая гигиену рук и требованиям при изоляции **	II
35.5	Уборка, обработка помещения и предметов во время нахождения инфекционного пациента и после его выписки проводятся согласно санитарно-эпидемиологических требований Республики Казахстан	I
36.0 ОБУЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛА ПО ИНФЕКЦИОННОМУ КОНТРОЛЮ Медицинская организация проводит непрерывное обучение персонала по инфекционному контролю.		
36.1	Ежегодно каждый медицинский работник проходит обучение в области инфекционного контроля **	III
36.2	Ежегодно тестируются знания медицинских работников в области инфекционного контроля	III
36.3	Обучение по инфекционному контролю проводится для немедицинских работников, студентов, курсантов, резидентов	II
36.4	Проводится обучение пациентов, членов семьи пациента по профилактике и контролю инфекций (смотреть критерий 36.4)	II
36.5	Дополнительное обучение персонала проводится в ответ на инциденты, случаи внутрибольничной инфекции, ухудшение индикаторов (смотреть критерий 29.5)	II
Безопасность здания		
37.0 КОМИССИЯ ПО БЕЗОПАСНОСТИ ЗДАНИЙ В организации внедряется Программа по безопасности зданий, выполнение которой координирует Комиссия по безопасности зданий.		
37.1	Создается и работает Комиссия по безопасности зданий, которая координирует действия для поддержания безопасности зданий и окружающей среды **	III
37.2	Программа по безопасности зданий разрабатывается на основе законодательных актов Республики Казахстан и включает разделы: безопасность окружающей среды и система охраны, пожарная безопасность, готовность к чрезвычайным ситуациям, обращение с опасными материалами, медицинское оборудование, коммунальные (инженерные) системы *	III
37.3	Программа по безопасности зданий пересматривается ежегодно с определением приоритетных на каждый год	III

	направлений работы в виде ежегодной оценки рисков *	
37.4	Ежеквартально руководство организации получает отчет о выполнении Программы по безопасности зданий с указанием проведенных ключевых работ и существующих проблем (рисков) безопасности зданий и окружающей среды **	II
37.5	Ежегодно Управляющий орган (Наблюдательный Совет, Совет директоров, Совет учредителей или уполномоченный орган) получает отчет о выполнении Программы по безопасности зданий с указанием проведенных ключевых работ и существующих проблем (рисков) безопасности зданий и окружающей среды **	II
38.0 БЕЗОПАСНОСТЬ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ		
Окружающая среда медицинской организации является безопасной и комфортной для пациентов, персонала и посетителей (смотреть критерий 38.2).		
*		
38.1	Здания и окружающая среда в медицинской организации соответствуют требованиям законодательных актов Республики Казахстан (строительные нормы и политика, санитарные нормы и другие)	I
38.2	Случаи получения травм и несчастных случаев на рабочем месте и другие подлежащие отчетности сведения сообщаются в уполномоченные органы по требованиям законодательных актов Республики Казахстан (смотреть критерий 30.4)	I
38.3	Здания и помещения, инженерные системы, оборудование и прочие предметы имеются в достаточном количестве, регулярно инспектируются, тестируются с документацией проведенной инспекции или тестирования	III
38.4	Здания и помещения, инженерные системы, оборудование и прочие предметы регулярно обновляются и поддерживаются на безопасном уровне	III
38.5	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
39.0 ОХРАНА И ЗАЩИТА		
Обеспечивается охрана и защита здания и территории медицинской организации (смотреть критерий 38.2) *		
39.1	Все сотрудники, внештатные и контрактные работники, студенты, курсанты, резиденты и арендаторы помещения носят бейджи на территории медицинской организации	III

	(смотреть критерий 26.1)	
39.2	Проводится мониторинг (видеонаблюдение и (или) обход) здания и территории с целью защиты и охраны	II
39.3	Документируется периодический обход (инспекция) здания и передача дежурства между сотрудниками охранной службы **	III
39.4	Ограничивается вход посторонних в стационарные отделения, режимные отделения (например, операционный блок и реанимационное отделение), а также зоны контроля инженерных, коммунальных систем	I
39.5	Сотрудники охранной службы обучаются действиям при чрезвычайных ситуациях (при кодах по безопасности), а также оказанию первой помощи **	II
41.0 ПОЖАРНАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ		
Внедряется программа по снижению риска пожара и задымления (смотреть критерий 38.2) *		
40.1	Функционирует система раннего выявления пожара; в достаточном количестве имеются исправные средства для пожаротушения, которые регулярно инспектируются и при необходимости обновляются	II
40.2	Инспекция, тестирование и поддержание средств и систем для раннего выявления и тушения пожара документируется **	I
40.3	Для безопасной эвакуации из здания при пожаре и других чрезвычайных ситуациях, пути эвакуации не загромождаются; в достаточном количестве имеются и видны указатели	II
40.4	Для ограничения распространения дыма и огня, в соответствии с установленными требованиями: противопожарные двери плотно прикрываются, межэтажные и меж-стенные противопожарные перегородки не имеют щелей, используются огнеупорные материалы, минимизируется использование возгораемых материалов	II
40.5	Сотрудники раз в год проходят практическое учение по пожарной безопасности для проверки готовности в случае пожара и задымления (смотреть критерий 47.2) **	II
41.0 ДРУГИЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ СИТУАЦИИ		
Внедряется программа по снижению риска прочих чрезвычайных ситуаций (смотреть критерий 38.2) *		
41.1	Медицинская организация определяет значимые для региона виды чрезвычайных ситуаций в виде оценки рисков с указанием вероятности возникновения,	III

	разрушительной силы (последствий) и уровня готовности организации по каждому из перечисленных видов чрезвычайных ситуаций **	
41.2	На основе оценки рисков по чрезвычайным ситуациям определяются приоритетные направления работы в годовом плане мероприятий **	III
41.3	Выделяются ресурсы для улучшения готовности организации к чрезвычайным ситуациям	III
41.4	Сотрудники раз в год проходят практическое учение по готовности к чрезвычайным ситуациям для проверки ответных действий сотрудников, готовности системы оповещения, готовности использовать альтернативные источники воды и электричества, готовности оказывать медицинскую помощь (смотреть критерий 47.3) **	III
41.5	По окончании практического учения по чрезвычайным ситуациям проводится анализ проведенного учения, и делаются выводы с дальнейшей разработкой плана мероприятий и поддержки непрерывного улучшения **	II
42.0 ОПАСНЫЕ МАТЕРИАЛЫ И ОТХОДЫ		
Обращение с опасными материалами и отходами соответствуют требованиям законодательных актов Республики Казахстан, и обеспечивается безопасность людей и окружающей среды		
42.1	Определяется список всех опасных материалов и отходов с указанием названия (состава), мер предосторожности и мер первой помощи, мест хранения, максимально допустимого объема хранения и применимых предупреждающих знаков для маркировки (смотреть стандарт 33.0)	II
42.2	Прописываются требования к обращению с опасными материалами, включая их маркировку, хранение, ношение защитных средств при работе, транспортировку, утилизацию (смотреть критерий 38.2) *	II
42.3	Все опасные материалы и отходы маркируются с указанием названия (состава), срока годности и применимых предупреждающих знаков	II
42.4	В местах обращения с опасными материалами имеется доступная информация по мерам предосторожности и мерам первой помощи (например, на этикетке контейнера или в виде списка опасных материалов – смотреть критерий 43.1)	I
42.5	Сотрудники обучаются действиям при разлиии опасного материала, включая быстрый сбор (обеззараживание) и сообщение об инциденте разлиия или инциденте контакта с опасным материалом	I

43.0 МЕДИЦИНСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ		
Безопасность медицинского оборудования и изделий обеспечивается путем регулярного тестирования, калибровки, поддержания, ремонта и обучения персонала		
43.1	Внедряется программа по обеспечению безопасности медицинского оборудования и изделий (смотреть критерий 38.2) *	Ш
43.2	Определяется список всего медицинского оборудования	Ш
43.3	Проводится и документируется профилактическое обслуживание, инспекция, тестирование, калибровка, поддержание, ремонт медицинского оборудования	Ш
43.4	Персонал обучается безопасной работе с оборудованием и устройствами при трудоустройстве и по необходимости. Только обученные и компетентные лица обращаются со специализированным оборудованием и устройствами **	Ш
43.5	Внедряется система оповещения пользователей и принятия мер при отзыве, поломке и прочих инцидентах, связанных с медицинским оборудованием (например, риск возгорания) *	I
44.0 КОММУНАЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ		
Коммунальные и инженерные системы в организации соответствуют требованиям законодательных актов Республики Казахстан и удовлетворяют потребности медицинской организации		
44.1	Прописывается порядок и частота инспекций, тестирования и поддержания коммунальных и инженерных систем *	Ш
44.2	Коммунальные и инженерные системы инспектируются, поддерживаются и улучшаются	Ш
44.3	Проводится мониторинг системы вентиляции с документацией давления и частоты обмена воздуха в час в особых помещениях: палаты с отрицательным давлением для изоляции инфекционного пациента; палаты с положительным давлением для пациентов после трансплантации и операционные комнаты **	Ш
44.4	Для предупреждения пылевого загрязнения, в системе вентиляции устанавливаются фильтры, которые меняются с частотой согласно рекомендации производителя	Ш
44.5	Коммунальные и инженерные системы маркируются для облегчения частичного или полного отключения при чрезвычайных ситуациях	I
45.0 ВОДА И ЭЛЕКТРИЧЕСТВО		
Обеспечивается непрерывный доступ к воде и электричеству, включая их альтернативные источники		

45.1	Питьевая вода и электричество являются доступными круглосуточно в любое время года	III
45.2	Определяются зоны и услуги, для которых наиболее важно водоснабжение и электроснабжение из альтернативных источников **	III
45.3	Альтернативные источники водоснабжения тестируются ежеквартально **	II
45.4	Альтернативные источники электроснабжения тестируются ежеквартально. Хранится необходимый запас топлива для выработки электричества из альтернативного источника **	III
45.5	В соответствии с санитарно – эпидемиологическими требованиями ежеквартально тестируется качество воды, включая воду, используемую для процедур диализа **	II
46.0 ОБУЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛА ПО БЕЗОПАСНОСТИ ЗДАНИЙ		
Проводится обучение, тестирование знаний работников для поддержания безопасности зданий и окружающей среды		
46.1	Сотрудники обучаются своей роли в области пожарной безопасности и чрезвычайных ситуаций, охраны и защиты, обращении с опасными материалами	II
46.2	Сотрудники демонстрируют действия при пожаре, включая сообщение о пожаре, тушение пожара и эвакуацию пациентов	II
46.3	Сотрудники обучаются работе с оборудованием и коммунальными (инженерными) системами, включая действия при чрезвычайных ситуациях (смотреть критерий 44.4)	II
46.4	Обучаются сотрудники, в том числе внештатные, студенты, курсанты, резиденты, арендаторы помещений, волонтеры и посетители	III
46.5	Проводится обучение и тестирование знаний работников для поддержания безопасности зданий и окружающей среды проводится ежегодно	I
БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ		
47.0 УПРАВЛЕНИЕ МЕДИКАМЕНТАМИ		
Обеспечивается безопасное обращение с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в организации		
47.1	Обращение с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения осуществляется в соответствии с требованиями законодательных актов Республики Казахстан	II
47.2	Ежегодно проводится анализ системы управления медикаментами, включающий каждый этап управления	II

	медикаментами: планирование и закуп; хранение; назначение; приготовление или разведение; введение; мониторинг эффектов на пациенте (см. критерий 12.4) **	
47.3	Проводится анализ системы управления медикаментами, включающий оценку рисков (выявление проблем или зон высокого риска, связанных с лекарственными средствами) **	II
47.4	Разрабатываются и внедряются политики и процедуры, описывающие каждый этап управления медикаментами: планирование и закуп; хранение; назначение; приготовление или разведение; введение; мониторинг эффектов на пациенте *	I
47.5	Создается и функционирует формулярная комиссия, которая рассматривает вопросы управления медикаментами, включая формулярный список, медикаментозные ошибки и почти ошибки **	I
48.0 ХРАНЕНИЕ		
Медикаменты хранятся безопасно и надлежащим образом		
48.1	Все медикаменты правильно обозначаются с указанием названия (содержания), срока годности и применимых предупреждающих знаков	II
48.2	Медикаменты хранятся с соблюдением температурного режима, влажности и прочих условий, в соответствии с требованиями к их хранению	II
48.3	Наркотические и другие лекарственные средства, подлежащие строгому учету и контролю, хранятся, в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан	II
48.4	Медикаменты защищаются от потери и кражи по всей организации	II
48.5	Сотрудниками аптеки периодически инспектируются все места хранения лекарственных средств в организации для обеспечения правильного хранения лекарственных средств **	I
49.0 ОСОБЫЕ СЛУЧАИ ОБРАЩЕНИЯ С МЕДИКАМЕНТАМИ		
Прописываются особые случаи обращения с медикаментами		
49.1	Прописывается и соблюдается процесс по выявлению и уничтожению медикаментов с истекшим сроком годности *	I
49.2	Прописывается и соблюдается процесс по обращению с личными (принесенными извне) медикаментами пациента *	I
49.3	Прописывается и соблюдается процесс обращения с наборами лекарственных средств для экстренных случаев (противошоковая укладка, реанимационный набор или набор	I

	для кода синего), включая их защиту от кражи и потери, ежедневную проверку готовности набора, восполнение содержимого *	
49.4	Прописывается и соблюдается процесс отзыва медикаментов *	I
49.5	Прописывается и соблюдается процесс обращения с радиофармацевтическими препаратами и другими опасными медикаментами (цитостатические лекарственные средства) *	I
50.0 НАЗНАЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ		
Прописывается процесс назначения лекарственных средств и проверки назначений лекарственных средств		
50.1	Прописываются требования к назначению лекарственных средств, включая обязательную информацию, которая должна быть в листе назначений или рецепте: идентификация пациента; название лекарственных средств (определить, требуется ли по международному непатентованному названию или по торговому наименованию); доза; путь введения; кратность; длительность курса; если по показаниям – то точное показание к приему *	I
50.2	Прописываются действия при неразборчивом или неполном назначении лекарственных средств в листах назначения или рецепте *	I
50.3	Прописывается процесс устного назначения лекарственных средств в экстренных ситуациях, если это разрешено организацией *	I
50.4	Проводится проверка назначений лекарственных средств в текущих медицинских картах для выяснения обоснованности и полноты назначения (кроме экстренных назначений)	I
50.5	Проводится выборочный аудит листов назначений в текущих и закрытых медицинских картах на предмет соблюдения политик организации и безопасности пациента **	I
51.0 ПРИГОТОВЛЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОВ		
Медикаменты готовятся в безопасной и чистой обстановке		
51.1	Медикаменты готовятся (разводятся, фасуются) в чистой и безопасной рабочей зоне с необходимым оборудованием и изделиями	I
51.2	Сотрудники, готовящие стерильные продукты обучаются принципам приготовления лекарственных средств и методам асептики **	I
51.3	Каждое принятое, введенное лекарственное средство	I

	документируется в листе назначений (или ином документе) с указанием времени и автора записи **	
51.4	Безопасное введение медикаментов обеспечивается проверкой правильности пяти пунктов: тот ли это пациент, медикамент, доза, путь введения, время и частота приема	I
51.5	Прописывается процесс самостоятельного введения пациентом лекарственных средств(например, ингалятор или инсулиновая ручка) *	III
52.0 МОНИТОРИНГ И ОБУЧЕНИЕ ОБ ОБРАЩЕНИИ С ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ		
Проводится мониторинг эффекта лекарственных средств на пациента и периодическое обучение пациентов и персонала в зависимости от потребности		
52.1	Проводится мониторинг эффекта лекарственных средств на пациента и побочные эффекты документируются и сообщаются ответственному лицу **	I
52.2	Проводится обучение пациента по вопросам приема медикаментов, включая обучение по рекомендуемым медикаментам после выписки **	I
52.3	Прописывается определение терминов «медикаментозная ошибка» и «почти ошибка» и сотрудники сообщают о медикаментозных ошибках и почти ошибках (смотреть критерии 6.3 и 48.5) **	I
52.4	Для врачей и прочего персонала, вовлеченных в обращение с медикаментами, имеется в доступе справочная информация по лекарственным средствам	I
52.5	Врачи, медицинские сестры и прочий персонал, вовлеченный в обращение с медикаментами, обучаются по вопросам обращения с медикаментами **	I
53.0 КОНТРОЛЬ АНТИБИОТИКОВ		
Медицинская организация внедряет программу по контролю антибиотиков		
53.1	Программа или руководство по контролю антибиотиков включает список антибиотиков, назначение которых ограничено и есть показания к применению резервных антибиотиков *	I
53.2	Программа или руководство по контролю антибиотиков разрабатывается коллективно (с участием практикующих врачей или клинического фармаколога, специалистов по инфекционному контролю, микробиологии) и основывается на доказательствах	I
53.3	Врачи и другие пользователи обучаются требованиям программы или руководства по контролю антибиотиков и программа внедряется на практике	I
53.4	Медицинские карты регулярно просматриваются на предмет	I

	выполнения программы или руководства по контролю антибиотиков	
53.5	Выполнение программы или руководства по контролю антибиотиков мониторируется через индикаторы, используемые для улучшения работы **	I

РАЗДЕЛ D: ЛЕЧЕНИЕ И УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ

D1: Безопасность пациента		
Международная цель по безопасности пациента №1		
Правильная идентификация пациента		
54.0 Безопасность пациента повышается через процесс идентификации пациента, используя два идентификатора пациента		
54.1	Существуют политики и процедуры идентификации пациента, описывающие процесс идентификации пациента с применением двух идентификаторов пациента *	I
54.2	Пациент идентифицируется в соответствии с политиками и процедурами перед каждой процедурой, операцией, инъекцией, приемом медикамента, переливанием крови, взятием биоматериала и других ситуациях	I
54.3	Идентификация пациента облегчается через идентификаторы пациента, такие как: имя (фамилия) пациента, идентификационный номер, дата рождения, штрих-код на браслете или другие применимые способы.	I
54.4	Идентификация пациента или бар коды или отслеживаемые номера (номера, которые можно отследить) присутствуют во всех формах медицинских карт и на всех контейнерах с биоматериалом пациента	I
54.5	Сотрудники отдела качества и безопасности пациента помогают в процессе выбора индикаторов по всей организации и предоставляют координацию и интеграцию мероприятий по измерению индикаторов по всей организации**	I
Международная цель по безопасности пациента №2		
Эффективная передача информации		
55.0 Безопасность пациента повышается через стандартизованный процесс передачи информации при переводе пациента, пересмене, при устных назначениях и сообщении результатов исследований		
55.1	Разрабатываются политики и процедуры передачи информации устно и по телефону, описывающие процесс сообщения критических результатов лабораторных и диагностических исследований и форма документации такого результата; процесс сообщения экстренных	I

	результатов исследований, и процесс устного назначения медикаментов в экстренной ситуации *	
55.2	Существуют политики и процедуры, описывающие процесс передачи пациента при переводе между отделениями, между службами и при передаче смены	I
55.3	В стандартизированной передаче информации при получении критических результатов лабораторных и диагностических исследований требуется, чтобы получатель информации записал сообщение, получатель прочитал сообщение вслух, и сообщающее лицо подтвердило правильность сообщения	I
55.4	Обеспечивается правильность устной передачи информации по точности назначения лекарственных средств при передаче пациента между службами путем передачи медицинской карты или переводного эпикриза вместе с пациентом	I
55.5	Процесс передачи пациента и устные назначения, а также устное сообщение результатов исследований контролируется через индикатор(ы), которые применяются для повышения безопасности пациента **	I
Международная цель по безопасности пациента №3		
Безопасность медикаментов высокого риска		
56.0 Безопасность пациентов повышается за счет стандартизированной маркировки и обращения с концентрированными электролитами, медикаментами со схожим видом и схожим названием и другими медикаментами высокого риска		
56.1	Разрабатываются политики и процедуры, описывающие обращение с медикаментами высокого риска, в том числе их маркировку, хранение, назначение и применение *	I
56.2	Формируется список медикаментов высокого риска, в том числе концентрированных электролитов, медикаментов со схожим видом и схожим названием, которые присутствуют в больнице **	I
56.3	Медикаменты высокого риска, в том числе концентрированные электролиты, медикаменты со схожим видом и схожим названием хранятся, маркируются и используются в соответствии с политиками больницы по всей организации	I
56.4	Концентрированные электролиты не хранятся в клинических единицах, где они используются редко и хранятся только в тех местах оказания медицинской помощи, где они клинически необходимы	I
56.5	Обращение с медикаментами высокого риска контролируется через индикатор(ы), которые применяются	I

	для повышения безопасности пациента **	
Международная цель по безопасности пациента №4		
Хирургическая безопасность: правильный участок тела, правильная процедура и правильный пациент.		
57.0 Безопасность пациентов повышается за счет стандартизированной предоперационной верификации (проверки готовности) и тайм-аута, чтобы обеспечить правильную процедуру на правильном участке тела правильному пациенту		
57.1	Разрабатываются политики и процедуры, описывающие процесс маркировки места операции, предоперационной проверки и тайм-аута для обеспечения правильного участка тела, правильной процедуры, и операции на правильном пациенте *	I
57.2	Участок тела маркируется перед операцией и инвазивной процедурой высокого риска в виде единого знака в рамках всей организации врачом, который будет выполнять процедуру	I
57.3	Осуществляется предоперационная верификация (проверка готовности) на основе чек-листа или другого инструмента для документации готовности к операции или процедуре высокого риска	I
57.4	Вся хирургическая команда участвует в процедуре тайм-аута в зоне, где будет проводиться хирургическое вмешательство или инвазивная процедура высокого риска, и тайм-аут документируется в медицинской карте	I
57.5	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		
58.0 Безопасность пациентов повышается за счет комплексной программы гигиены рук для предотвращения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи		
58.1	Разрабатываются основанные на доказательной базе (литературе) политики и процедуры, описывающие виды (уровни), этапы гигиены рук и показания для гигиены рук *	I
58.2	Политики процедуры по гигиене рук выполняются по всей медицинской организации	I
58.3	Имеются достаточные ресурсы для выполнения процедур мытья рук и дезинфекции рук	I
58.4	Сотрудники обучаются по видам, этапам гигиены рук и показаниям для гигиены рук **	I

58.5	Практика гигиены рук мониторируются через индикатор(ы), которые применяются для повышения безопасности пациента **	I
Международная цель по безопасности пациента №6		
Снизить риск вреда вследствие падений пациента		
59.0 Безопасность пациентов повышается за счет первичной и повторной оценки риска падения у применимой группы пациентов, а также за счет профилактических мероприятий и безопасной окружающей среды		
59.1	Разрабатываются политики процедуры профилактики падений, которые направлены на предотвращение падений и травм от падений. Соответствующий персонал обучается политикам *	I
59.2	Политики и процедуры по профилактике падений имеют четкие требования к оценке риска падения с указанием того, каким пациентам должна проводиться первичная оценка риска падения, переоценка риска падения позже, когда, как часто и каким образом	I
59.3	Оценка и переоценка риска падения выполняется, когда это требуется и своевременно документируется в медицинской карте **	I
59.4	Предпринимаются действия для предотвращения падений и снижения риска падения, включая: визуальное отличие пациентов с высоким риском падения, сопровождение пациентов с высоким риском падения, частые и регулярные сестринские обходы в палатах каждые два часа и другие действия, определенные в политиках	I
59.5	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		
60.0 Безопасность пациентов повышается за счет предотвращения неправильного соединения катетеров и трубок пациента		
60.1	Персонал обучается визуальному отслеживанию катетеров и трубок от точки их начала до порта (места) их подключения, чтобы убедиться в правильности их соединения перед выполнением любых соединений, перед переподключением, или при введении лекарственных средств, растворов или других продуктов **	I
60.2	Соединения трубок и катетеров перепроверяются или обговариваются вслух при смене дежурств, при переводе пациента в новое подразделение или службу, или после перемещения (смены положения) пациента	I

60.3	По мере необходимости, перед закупом проводится оценка ожидаемой безопасности при использовании трубок и катетеров, чтобы выявить потенциальные шансы неправильных соединений (предпочтение приобретать устройства, которые не соединяемы для различных систем организма)	I
60.4	По возможности, для следующих категорий устройств предназначается уникальный разъем, чтобы ошибочно не перепутать катетеры и трубки разных систем организма при соединении с разъемом: 1) дыхательные системы и подача газов (кислород и вентиляторы); 2) устройства для энтерального применения (зонды, трубки для питания и системы подачи питания новорожденным); 3) уретральные и мочевые устройства; 4) устройства-манжеты для конечностей; 5) нейроаксиальные устройства (спинальные и эпидуральные катетеры и системы для вливания); 6) внутрисосудистые или подкожные устройства.	I
60.5	Пациенты и члены их семей обучаются уходу за катетерами и трубками и информированы о запрете на самостоятельное подключение или отключение катетеров и трубок	I

D2: Права пациента

61.0 ДОСТУП К МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Доступ к медицинской помощи облегчается для лиц с ограниченными возможностями и особыми потребностями

61.1	Вход в здание имеет пути, доступные для колясок и с перилами (поручнями)	II
61.2	У входа являются доступными кресла-коляски или детские коляски в зависимости от обслуживаемого населения	II
61.3	Если пациент с потенциально высоким риском падения не сопровождается, охранник или сотрудник регистратуры (ресепшн) или другие назначенные люди обучаются тому, чтобы организовать сопровождение	I
61.4	Туалеты пациента, палаты пациента и другие области, определенные в больнице, имеют кнопки вызова или другие средства вызова помощи со стороны персонала	I
61.5	Выполняются другие национальные политика (законодательство Республики Казахстан) для лиц с ограниченными физическими возможностями (например, требования к обозначению туалетов и маршруты для инвалидов)	I

62.0 ПОЛИТИКИ И ПРОЦЕДУРЫ ПО ПРАВАМ И ОБЯЗАННОСТЯМ ПАЦИЕНТА

Медицинская организация выполняет политики и процедуры, направленные на соблюдение прав пациента и определяет обязанности пациента и членов семьи

62.1	Права и обязанности пациентов и членов семьи перечисляются в документе, который доступен для пациентов в письменной форме в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан **	I
62.2	В соответствии с законодательными актами Республики Казахстан руководство медицинской организации перечисляет другие права и обязанности пациента для улучшения пациент-ориентированного ухода (например, разрешение членам семьи пациента посещать и длительное время присутствовать в отделении реанимации) и предоставляет ресурсы для их соблюдения с учетом ментальности, культуры *	II
62.3	Пациенты информируются о своих правах, обязанностях и о солидарной ответственности за свое здоровье, которое включает информирование врача о предыдущих заболеваниях, лечении, обследованиях, а также следование рекомендациям медицинского персонала (комплаентность)	II
62.4	Персонал уважает предпочтения и выбор пациентов во время ухода, например, как сотрудники обращаются к пациенту, касательно одежды (если это не нарушает этические нормы), личного ухода и гигиены (за исключением риска безопасности), питания и напитков (если это не запрещено или не ограничено), деятельности, интересов, неприкосновенности частной жизни и касательно посетителей	I
62.5	Персонал обучается соблюдению прав пациентов и уважает права пациентов на практике	II

63.0 БАРЬЕРЫ К ПОЛУЧЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Выявляются и снижаются барьеры к получению медицинской помощи

63.1	Имеется достаточно знаков (указателей), в том числе к подъездным путям к зданию, которые видны и понятны, чтобы помочь посетителям и пациентам ориентироваться в здании и вне здания	III
63.2	Пациенты с языковым барьером получают помощь переводчика или персонала или члена семьи, чтобы облегчить получение медицинской помощи	II
63.3	Организация выявляет другие барьеры в медицинском уходе и принимает меры по их снижению	II

63.4	Персонал выявляет какие-либо особые культурные или духовные предпочтения пациентов и не ограничивает доступ пациентов к духовной помощи	III
63.5	Право пациента на личную безопасность и охрану соблюдается через систему охраны и определенный организацией уровень ответственности по защите имущества пациента от потери	II
64.0 ПРИВАТНОСТЬ И КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ИНФОРМАЦИИ Соблюдаются права пациента на неприкосновенность частной жизни (приватность), конфиденциальность информации, достойное и уважительное отношение к пациенту		
64.1	Соблюдается право пациента на приватность при осмотрах, обследованиях и транспортировке	I
64.2	Конфиденциальность информации о пациенте сохраняется в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан	I
64.3	Существуют политики и процедуры, утвержденные руководством медицинской организации по соблюдению конфиденциальности информации о пациенте и защите информации *	II
64.4	Сотрудники обучаются требованиям по соблюдению конфиденциальности информации о пациенте	I
64.5	Персонал проявляет достойное и уважительное отношение к пациенту на всех этапах лечения	II
65.0 ЖАЛОБЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ Жалобы пациентов расследуются и разрешаются своевременно и объективно		
65.1	Пациенты информируются о том, как выразить жалобу, предложение и отзыв, и такая информация доступна в каждом подразделении, оказывающем медицинскую помощь	II
65.2	Жалобы, предложения и отзывы пациентов собираются из нескольких источников	II
65.3	Жалобы пациентов расследуются своевременно и объективно в течение определенного законодательными актами Республики Казахстан периода времени	II
65.4	Пациент или члены семьи информируются о результатах расследования жалоб	II
65.5	На основе анализа жалоб, предложений и отзывов с целью улучшения опыта пациента или снижения рисков принимаются действия на системном уровне	I
66.0 ОБЩЕЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ Медицинской организацией внедряются политики и процедуры получения общего информированного согласия от пациента или лица, принимающего		

решения от имени пациента		
66.1	Медицинской организацией внедряются политики и процедуры, описывающие получение общего информированного согласия на лечение в медицинской организации и утверждена форма общего информированного согласия *	II
66.2	Персонал вовлекает пациента в их собственный уход, получая письменное общее информированное согласие на лечение	I
66.3	Персонал информирует пациентов или родственников о выборе ухода и лечения и области действия общего информированного согласия	II
66.4	Персонал информирует пациентов или родственников о том, какие виды лечения, процедуры и исследования требуют специального информированного согласия	II
66.5	В общем информированном согласии оговаривается, может ли вестись фото- и видеосъемка в целях безопасности или для рекламы и если да, то когда	I
67.0 СПЕЦИАЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ		
Внедряются политики процедуры о получении специального информированного согласия от пациента или лиц, принимающих решения за пациента перед определенными процедурами и видами лечения		
67.1	Руководством медицинской организации утверждаются политики и процедуры, описывающие получение специального информированного согласия и перечень ситуаций, требующих получение специального информированного согласия *	II
67.2	Формы информированных согласий утверждаются руководством медицинской организации и заполняются с указанием идентификации пациента, фамилии и подписи врача, даты, времени, подписи пациента или члена семьи или записи об устном согласии пациента или записи о невозможности получить письменное согласие	I
67.3	Персонал вовлекает пациента в их собственное лечение и уход, получая письменно специальное информированное согласие перед процедурами и видами лечения, определенными организацией	II
67.4	Персонал информирует пациентов или их семьи о предлагаемом виде лечения, рисках (возможных осложнениях) и альтернативных методах лечения	I
67.5	Информированное согласие берется и документируется в медицинской карте перед любой операцией, процедурой высокого риска, анестезией и седацией, перед участием в	I

	научном проекте или в экспериментальном лечении и в других ситуациях, определенных медицинской организацией **	
68.0 ОТКАЗ ОТ ЛЕЧЕНИЯ		
Пациент информируется о праве на отказ от предложенной медицинской помощи		
68.1	Руководством медицинской организации утверждаются политики и процедуры, описывающие право пациента на отказ от предложенной медицинской помощи полностью или частично, от продолжения лечения или от госпитализации с учетом законодательных актов Республики Казахстан *	II
68.2	Форма отказа от предложенной медицинской помощи утверждается руководством медицинской организации и существует процесс документации отказа пациента от определенного лечения, части лечения или от госпитализации	II
68.3	Пациент получает второе мнение о лечении от другого врача или другой организации без страха ухудшения взаимоотношения с врачом	III
68.4	Если временное покидание стационара пациентом разрешается медицинской организацией, определяется процесс временного отпуска пациента *	II
68.5	Персонал уважает право пациента отказаться от лечения и информирует о возможных рисках, осложнениях вследствие отказа и об альтернативных видах лечения	I
69.0 НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ		
Участие пациента в научных исследованиях или экспериментальном лечении проводится с соблюдением прав пациента и законодательных актов Республики Казахстан		
69.1	Создается и работает Комиссия по этике (локальный этический комитет), который наблюдает за проведением научных исследований с вовлечением пациента или экспериментального лечения **	I
69.2	В политиках и процедурах, утвержденных медицинской организацией прописываются функции Комиссии по этике, включающие обзор научного исследования, анализ ожидаемых преимуществ и рисков для безопасности пациента и принятие решения о проведении исследования **	I
69.3	Руководством медицинской организации определяется лицо, осуществляющее контроль за проведение и координацию научного исследования с вовлечением пациента (главный исследователь)	III

69.4	Перед началом исследования пациентом или членом семьи подписывается информированное согласие на участие в научном исследовании с указанием идентификации пациента, фамилии и подписи врача, даты, времени, подписи пациента или члена семьи	III
69.5	Пациент информируется о ходе исследования и обязанностях пациента, об ожидаемых преимуществах, рисках и дискомфорте, альтернативных видах лечения, праве отказаться от участия в исследовании в любое время без страха предвзятого отношения после отказа	I
70.0 ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ И КУРСАНТОВ		
Образование медицинских студентов и курсантов на базе медицинской организации проводится в соответствии с утвержденными медицинской организацией документами		
70.1	Определяется порядок контроля образовательного процесса, а также лицо, осуществляющее контроль образовательного процесса со стороны медицинской организации	II
70.2	В медицинской организации имеется список всех обучающихся студентов и курсантов и документы, подтверждающие их учебный статус **	I
70.3	Для студентов и курсантов определяется уровень самостоятельности в оказании медицинской помощи (что имеют право делать под наблюдением, а что самостоятельно) **	I
70.4	Студентам и курсантам предоставляется необходимый уровень контроля и оценки навыков	II
70.5	Студенты и курсанты проходят инструктаж и обучаются по качеству, инфекционному контролю и другим ключевым требованиям медицинской организации **	I
D3: Основы клинического ухода		
71.0 ПРИЕМ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ		
Процесс приема амбулаторных пациентов стандартизуется		
71.1	Внедряются политики и процедуры, описывающие процесс приема амбулаторных пациентов. В первой точке контакта, пациент проходит осмотр /обследование с целью оценки его состояния для определения приемлемости услуг организации *	II
71.2	Внедряются политики и процедуры, описывающие процесс эффективного ухода и процедуры триажа (сортировки) для определения пациентов, требующих незамедлительных действий (критерии приоритетности срочных, неотложных пациентов)	I
71.3	Пациенты, требующие незамедлительных действий,	I

	получают приоритетное право на осмотр и лечение	
71.4	Персонал обучается критериям приоритетности срочных, неотложных пациентов, на основе которых определяется потребность пациента в плановой или неотложной помощи	II
71.5	Пациенты, требующие незамедлительных действий, осматриваются и стабилизируются в пределах имеющихся возможностей организации, затем направляются или госпитализируются в более подходящую службу *	I
72.0 КОНСУЛЬТАЦИЯ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ		
Процесс регистрации, осмотра и ведения амбулаторных пациентов стандартизуется		
72.1	Внедряются политики и процедуры, описывающие процесс регистрации, осмотра и ведения амбулаторных пациентов *	II
72.2	Имеется график приема (консультации) врачей для пациентов доступен (смотреть критерий 11.1)	III
72.3	Врач, осматривающий пациента по основному заболеванию, либо иное определенное лицо координирует лечение пациента на амбулаторном этапе	III
72.4	При выполнении назначений лекарственных средств в поликлинике, дневном стационаре, процедурных кабинетах соблюдаются единые политика медицинской организации по назначению, документации выполненного назначения и мониторингу состояния пациента (смотреть критерии 48.4; 51.1; 52.1-52.4, 53.1-53.5)	III
72.5	В амбулаторной карте пациента содержится информация об основных текущих и перенесенных заболеваниях пациента, постоянно принимаемых лекарственных средств, аллергиях, операциях, контактные данные и адрес проживания пациента	I
73.0 ПАЦИЕНТЫ ГРУППЫ РИСКА		
Медицинская организация определяет пациентов группы риска и процедуры высокого риска		
73.1	<p>Определяются пациенты группы риска, которые из-за своего состояния не могут выразить свое мнение или требуют особого обращения с ними:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) дети; 2) ослабленные пожилые люди; 3) терминальные/ умирающие пациенты; 4) пациенты в коме или на поддерживающей терапии в реанимации; 5) пациенты, получающие диализ; 6) пациенты с эмоциональными или психическими расстройствами; 	II

	7) жертвы насилия или невнимательного обращения; 8) инфекционные пациенты; 9) другие группы на усмотрение медицинской организации.	
73.2	Внедряются политики и процедуры, описывающие особенности осмотра, лечения, ухода, обращения с пациентами группы риска. На постоянной основе проводится оценка рисков, в связи с лечением и уходом за пациентами групп риска *	III
73.3	Форма осмотра пациента по необходимости дополняется информацией, важной для пациентов группы риска (модификация формы осмотра)	III
73.4	Персонал обучается политикам и требованиям, связанным с лечением пациентов группы риска	III
73.5	При выявлении жертв насилия или невнимательного обращения, организация контактирует с заинтересованными социальными, правоохранительными органами и иными организациями	I
74.0 ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР		
Первичный осмотр является информативным для определения потребностей пациента и составления первоначального плана лечения *		
74.1	Первичный осмотр включает в себя сбор анамнеза, аллергологический анамнез, подробный медикаментозный анамнез, оценку боли, жизненно-важные показатели, физикальное обследование, и если применимо, локальный статус	I
74.2	Уполномоченным органом либо медицинской организацией утверждаются формы первичного осмотра для всех видов специальностей врачей (и если применимо, для медицинских сестер), которые проводят осмотр пациентов (смотреть критерий 18.1)	II
74.3	Записи в медицинской карте, включая осмотры, являются доступными персоналу, задействованному в лечении и уходе за пациентом	III
74.4	Только квалифицированные специалисты проводят осмотры на основе их образования, квалификации и навыков, подтвержденных документами	II
74.5	Первичный осмотр включает в себя социально-экономический статус и эмоциональный статус пациента	III
75.0 ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ И УХОДА		
Индивидуальный план лечения своевременно документируется и включает в себя цели или желаемые результаты лечения *		
75.1	План лечения разрабатывается индивидуально на основе	III

	первичного осмотра, предыдущих осмотров, результатов обследований	
75.2	В разработку плана лечения вовлекается команда (врач, медицинская сестра и другие специалисты)	III
75.3	План лечения по возможности включает цели или желаемые результаты лечения	II
75.4	План лечения соответствует утвержденным руководством медицинской организации, основанным на доказательной базе клиническим протоколам или руководствам по лечению (смотреть также стандарт 10.0)	I
75.5	План лечения своевременно отражается в листах назначения врача и пациенту назначаются необходимые консультации специалистов, исследования, лекарственная и иная терапия	II
76.0 ПРОГРАММА УПРАВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Внедряется программа управления хроническими инфекционными заболеваниями для обеспечения партнерских отношений пациентов с персоналом и повышения качества оказания медицинской помощи *		
76.1	Разрабатывается программа и внедряется процесс управления хроническими инфекционными заболеваниями (оценка статуса прикрепленного населения, формирование стратегий по ведению пациентов, утверждение списков пациентов, индикаторов мониторинга и т.д.)	I
76.2	Руководством медицинской организации определяются ответственные лица для реализации программы по управлению хроническими инфекционными заболеваниями из числа руководителей медицинской организации, врачей, медицинских сестер и прочего персонала (мультидисциплинарная команда)	I
76.3	Проводится обучение пациентов и сотрудников для реализации процессов по управлению хроническими инфекционными заболеваниями (самоменеджмент, ведение карт наблюдения, регистров и т.д.)	I
76.4	Проводится мониторинг для оценки эффективности мероприятий по управлению хроническими инфекционными заболеваниями	I
76.5	Результат аудита применяется для обратной связи с медицинским персоналом, обучения сотрудников и других мероприятий для улучшения деятельности	I
77.0 ПОВТОРНЫЕ ОСМОТРЫ ПАЦИЕНТА Состояние пациента наблюдается и документируется в динамике		
78.1	Состояние пациента наблюдается и документируется в	III

	динамике с целью оценки достижения целей или желаемых результатов от плана лечения	
77.2	Повторные осмотры пациента проводятся регулярно в течение острой фазы заболевания и при хронической неострой фазе заболевания, в соответствии с политиками и процедурами медицинской организации, или чаще, в зависимости от состояния пациента *	II
77.3	План лечения обновляется, когда меняется состояние, диагноз пациента или на основе новой информации или по результатам повторных осмотров	II
77.4	Повторные осмотры пациента документируются в виде дневниковых записей врача (если применимо, также дневниковых записей медицинской сестры) с указанием состояния пациента в динамике	II
77.5	При появлении признаков ухудшения состояния пациент направляется или госпитализируется в более подходящую службу *	II
78.0 ПЛАНИРОВАНИЕ ВЫПИСКИ (ДЛЯ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА)		
Планирование выписки начинается как можно раньше в процессе лечения *		
78.1	Планирование выписки начинается с пункта первого контакта пациента с медицинской организацией	II
78.2	Планирование выписки вовлекает пациентов и их семьи, когда это необходимо	II
78.3	Планирование выписки включает контакты (взаимодействие) с другими медицинскими организациями или внешними учреждениями в целях содействия непрерывности медицинской помощи	II
78.4	Планирование выписки учитывает социальные, духовные и культурные потребности пациента или семьи	II
78.5	Планирование выписки документируется в медицинской карте и обновляется по мере необходимости	II
79.0 ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ		
Выписка содержит ключевую информацию об оказанной медицинской помощи *		
79.1	Готовность пациента к выписке определяется состоянием пациента и показаниями к выписке	III
79.2	Выписка содержит причину госпитализации, основной диагноз, сопутствующие заболевания, ключевые данные осмотров, обследований, проведенное лечение, основные принятые лекарственные средства	II
79.3	Выписка содержит состояние пациента на момент выписки и подробные рекомендации по дальнейшему уходу, причины	II

	для обращения за медицинской помощью или срок повторных осмотров	
79.4	Копия выписки хранится в медицинской карте, другая копия выписки выдается пациенту и (или) медицинскому работнику, ответственному за дальнейшее лечение пациента	II
79.5	Если пациент покинул медицинскую организацию без предупреждения или против рекомендации врача, делаются попытки информировать пациента или членов семьи или врача по месту жительства о рисках и последствиях	I
80.0 ПЕРЕВОД И ТРАНСПОРТИРОВКА ПАЦИЕНТА		
Перевод пациента согласовывается с принимающей организацией и обеспечивается безопасность транспортировки пациента *		
80.1	Перевод пациента в другую медицинскую организацию проводится на основе переводного эпикриза, который содержит причину перевода, проведенное лечение, состояние пациента на момент перевода и дальнейшие рекомендации	II
80.2	Устанавливается официальная или неофициальная договоренность с принимающей медицинской организацией о готовности принять пациента	II
80.3	При переводе пациента на медицинском транспорте, заполняется транспортировочный лист с указанием состояния пациента во время транспортировки, оказанного лечения, названия принимающей организации и фамилии сопровождающих и принимающих пациента сотрудников	II
80.4	Медицинский транспорт оснащается оборудованием, изделиями медицинского назначения и лекарственными средствами в зависимости от состояния и потребностей пациента и если транспорт принадлежит медицинской организации, проводится регулярная инспекция готовности машины по чек-листу	II
80.5	Пациент сопровождается квалифицированным персоналом в зависимости от состояния и потребностей пациента	II
81.0 ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА И СЕМЬИ		
Медицинская организация проводит непрерывное обучение пациентов и семьи качественному, безопасному уходу		
81.1	Медицинской организацией разрабатываются политики, процедуры и внедряется процесс обучения пациентов и его семьи качественному, безопасному уходу	I
81.2	Сотрудниками медицинской организации регулярно проводится оценка потребностей в обучении пациента и семьи, результаты оценки своевременно вносятся в медицинскую карту	II

81.3	Обучение пациентов и семьи проводится ответственным персоналом, обладающим необходимыми знаниями, коммуникативными навыками, с учетом потребностей пациентов и семьи	II
81.4	Регулярно проводится мониторинг знаний пациента и семьи по качественному и безопасному уходу	I
81.5	Результаты мониторинга используются при обучении пациента и семьи и других мероприятий для улучшения деятельности медицинской организации	II
82.0 ОРГАНИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ		
Услуги по анестезии и седации являются доступными круглосуточно и соответствуют законодательным актам Республики Казахстан и профессиональным требованиям *		
82.1	Руководством медицинской организации определяется квалифицированное лицо, осуществляющее контроль за анестезиологическую службу и все услуги по анестезии и седации, и его функции прописываются в должностной инструкции	II
82.2	Только квалифицированное лицо проводит пред-анестезиологический и пред-седационный осмотр, дает анестезию или седацию и наблюдает за пациентом во время и после анестезии и седации	I
82.3	Оказываемые услуги по седации и анестезии соответствуют законодательным актам Республики Казахстан, а также профессиональным стандартам, протоколам лечения	II
82.4	Услуги по седации и анестезии являются доступными для экстренных ситуаций	I
82.5	Медицинской организацией разрабатываются и утверждаются формы информированного согласия на анестезию и седацию, и пациенту говорится о преимуществах, рисках (возможных осложнениях) и альтернативах предлагаемой анестезии или седации (смотреть критерий 68.5)	II
83.0 АНЕСТЕЗИЯ		
Разрабатываются и внедряются политики, процедуры или руководства по анестезии *		
83.1	Перед проведением анестезии анестезиологом проводится и документируется в медицинской карте предварительный осмотр пациента (смотреть критерий 18.1)	II
83.2	Непосредственно перед началом анестезии анестезиологом проводится и документируется пред-индукционная оценка пациента	I
83.3	Физиологический статус во время анестезии на основе	II

	жизненно-важных функций наблюдается и документируется не реже, чем каждые 10 минут для каждого пациента. Примечание: частота документации и жизненно-важные функции, которые должны наблюдаться, зависят от состояния пациента до процедуры, от вида процедуры, от вида анестетика и от профессиональных требований, и четко прописываются в политиках	
83.4	Пост-анестезиологический статус каждого пациента на основе жизненно-важных функций наблюдается и документируется не реже, чем каждые 30 минут для каждого пациента с указанием времени начала и конца пробуждения	II
83.5	Решение о пробуждении и готовности пациента к переводу в клиническое отделение принимается анестезиологом	II
84.0 СЕДАЦИЯ Разрабатываются и внедряются политики, процедуры или руководства по седации *		
84.1	Перед проведением седации квалифицированный врач проводит и документирует в медицинской карте предварительный осмотр пациента (смотреть критерий 18.1)	II
84.2	В политиках и процедурах перечисляются все места, где седация проводится для сопровождения болезненной процедуры (процедурная седация)	III
84.3	При проведении процедурной седации являются доступными лекарственные средства и изделия медицинского назначения для оказания экстренной помощи	II
84.4	При проведении процедурной седации присутствует лицо, владеющее навыками углубленной реанимационной помощи (врач-анестезиолог либо врач с действующим сертификатом углубленная сердечно-легочная реанимация)	II
84.5	Восстановление после седации определяется на основе критериев пробуждения, которые документируются в медицинской карте	II
85.0 КОД СИНИЙ Услуги реанимации являются доступными по всей организации *		
85.1	Круглосуточно на территории медицинской организации являются доступными услуги реанимации (оказание базовой и углубленной сердечно-легочной реанимации или «код синий»)	II
85.2	Стандартизованный набор лекарственных средств, изделий медицинского назначения и оборудования для оказания базовой и углубленной сердечно-легочной реанимации поддерживается в постоянной готовности	II
85.3	Медицинской организацией внедряются политики и	I

	процедуры, описывающие порядок оказания базовой и углубленной сердечно-легочной реанимации	
85.4	Углубленная (расширенная) сердечно-легочная реанимация оказывается в течение 3 минут на территории медицинской организации	I
85.5	Медицинские работники обучаются оказанию базовой сердечно-легочной реанимации	I
86.0 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО		
Протокол операции составляется своевременно и подробно *		
86.1	Вне зависимости от срочности операции, до начала операции врачом проводится предоперационный осмотр и документирует его в виде предоперационного эпикриза в медицинской карте	II
86.2	В предоперационном эпикризе содержится обоснование или причина операции, предоперационный диагноз, название планируемой операции	II
86.3	Медицинской организацией разрабатываются и утверждаются формы информированного согласия на хирургическое вмешательство, и пациенту говорится о преимуществах, рисках (возможных осложнениях) и альтернативах предлагаемого метода лечения (смотреть критерий 68.5)	II
86.4	В течение трех часов после окончания операции, до того, как пациент покинет зону пробуждения, составляется и документируется протокол операции	II
86.5	В протокол операции включается: 1) идентификация пациента; 2) послеоперационный диагноз; 3) имя оперировавшего хирурга и его ассистентов; 4) название операции и ход (описание) операции; 5) упоминание осложнений (нет/да); 6) биоматериал, отправленный на гистологическое исследование; 7) объем кровопотери в мл; 8) серийный номер импланта (если применимо); 9) дату, время, подпись хирурга.	I
87.0 ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ		
В течение 24 часов после операции составляется совместный послеоперационный план лечения и ухода		
87.1	Послеоперационный план лечения и ухода составляется врачом совместно с медицинской сестрой и другими задействованными специалистами	II
87.2	В послеоперационном плане лечения и ухода содержатся	III

	конкретные указания или действия для среднего медицинского персонала и подпись среднего медицинского персонала	
87.3	Послеоперационный план лечения составляется после операции и доступен для медицинского персонала	II
87.4	Послеоперационный план лечения отражается в листах назначения врача	II
87.5	При изменении состояния или потребностей пациента, послеоперационный план лечения и ухода обновляется	II

D4: Лабораторные услуги и служба крови		
88.0 ОРГАНИЗАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ		
Лабораторные услуги являются доступными для удовлетворения нужд пациентов и соответствуют законодательству и профессиональным требованиям *		
88.1	Руководством медицинской организации определяется квалифицированное лицо, осуществляющее контроль лабораторных услуг, оказываемых пациентам медицинской организации, в том числе оказываемых субподрядными организациями по договору	II
88.2	Только квалифицированными лицами проводятся и интерпретируются лабораторные исследования	I
88.3	Оказываемые лабораторные услуги соответствуют законодательным актам Республики Казахстан	II
88.4	Определенные лабораторные услуги являются доступными круглосуточно для экстренных ситуаций, возникающих во внерабочее время (если применимо)	II
88.5	Лабораторные услуги, оказываемые субподрядными организациями по договору, контролируются через индикаторы или требования, прописываются в договоре, и при неудовлетворительном качестве услуг принимаются меры **	I
89.0 ВРЕМЕННЫЕ РАМКИ ИССЛЕДОВАНИЙ		
Определяются временные рамки на каждый вид лабораторного исследования *		
89.1	На каждый вид лабораторного исследования определяются временные рамки, в течение которых должен быть готов результат исследования	II
89.2	Результаты лабораторных исследований сообщаются своевременно	II
89.3	Проводится мониторинг своевременности выполнения экстренных лабораторных исследований	I

89.4	На каждый вид лабораторного исследования определяются границы нормы, которые по возможности указаны в бланке с результатом исследования и при необходимости пересматриваются	II
89.5	Медицинской организацией определяются критические (значительно отклоненные от нормы) результаты лабораторных исследований, при выявлении которых персонал лаборатории в течение 30 минут информирует врача или пост стационарного отделения (смотреть критерии 56.1 и 56.3)	II
90.0 ОБРАЩЕНИЕ С БИОМАТЕРИАЛОМ ПАЦИЕНТА Процессы сбора, идентификации и маркировки, транспортировки, утилизации биоматериала пациента стандартизируются *		
90.1	Медицинской организацией прописывается и выполняется процесс назначения лабораторного исследования врачом и выписывания направления в лабораторию	II
90.2	Медицинской организацией прописывается и выполняется процесс сбора биоматериала, его идентификации и маркировки	II
90.3	Медицинской организацией прописывается и выполняется процесс безопасной транспортировки, обращения с биоматериалом пациента	I
90.4	Медицинской организацией прописывается и выполняется процесс приема лабораторией, регистрации, отслеживания и хранения биоматериала пациента	II
90.5	Вышеуказанные требования выполняются субподрядными организациями, выполняющими лабораторные исследования для пациентов организации	II
91.0 ЛАБОРАТОРНАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ Внедряется и выполняется программа лабораторной безопасности, взаимосвязанная с инфекционным контролем и безопасностью здания *		
91.1	Сотрудники лаборатории защищаются от рисков через ношение средств индивидуальной защиты, специальной одежды, пользование защитным оборудованием и устройствами (например, очки, ламинарный шкаф)	II
91.2	Все сотрудники лаборатории обучаются основам лабораторной безопасности при трудоустройстве и периодически в ответ на инциденты, при получении нового оборудования или изменении методов работы **	I
91.3	В программе лабораторной безопасности запрещается в рабочих зонах лаборатории есть, пить, курить, применять косметику, прикасаться к контактной линзе или к губам	II
91.4	Инциденты, связанные с безопасностью (например, укол	II

	иглой, контакт с биоматериалом), сообщаются и по ним принимаются корректирующие меры (смотреть критерии 9.2; 26.5; 43.5)	
91.5	Раз в год лицо, осуществляющее контроль лабораторных услуг, выступает с отчетом по лабораторной безопасности на заседании Комиссии по безопасности здания	II
92.0 КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА В ЛАБОРАТОРИИ		
Проводится внутренний и внешний контроль качества лабораторных услуг		
92.1	Медицинской организацией проводится внутренний контроль качества лабораторных услуг через оборудование или вручную путем выборочной перепроверки результатов исследований	II
92.2	Внутренний контроль качества проводится регулярно (желательно ежедневно) и не требует документации, если выполняется автоматически на оборудовании	III
92.3	Проводится внешний контроль качества лабораторных услуг через референс-лабораторию или выборочную перепроверку биоматериала внешней организацией	II
92.4	Внешний контроль качества проводится раз в год и подтверждается документально **	I
92.5	При неудовлетворительном результате внутреннего или внешнего контроля качества, принимаются корректирующие действия	II
93.0 ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОРУДОВАНИЕ		
Лабораторное оборудование поддерживается в рабочем состоянии		
93.1	Все лабораторное оборудование регулярно инспектируется, поддерживается, калибруется, и эти действия документируются (смотреть критерии 44.1 – 44.5)	III
93.2	Лабораторное оборудование обслуживается сотрудниками организации или за счет договора с внешней организацией	III
93.3	Все сотрудники обучаются работе с оборудованием, с которым они работают	III
93.4	Если лабораторное оборудование находится вне лаборатории и им пользуются сотрудники клинических отделений, то они обучаются работе с оборудованием от руководителя или сотрудника лаборатории	II
93.5	Ежеквартально руководителем или сотрудником лаборатории проверяются все единицы лабораторного оборудования, которое находится вне лаборатории (тестирование реагентов или функций оборудования) **	I
D5: Служба лучевой диагностики		
94.0 ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ		

Услуги лучевой диагностики являются доступными для удовлетворения нужд пациентов и соответствуют законодательным актам Республики Казахстан

94.1	Руководством медицинской организации определяется квалифицированное лицо, осуществляющее контроль за услуги лучевой диагностики, оказываемые для пациентов медицинской организации	III
94.2	Только квалифицированными лицами проводятся и интерпретируются радиологические, ультразвуковые и другие виды исследования в лучевой диагностике	III
94.3	Оказываемые услуги лучевой диагностики соответствуют законодательным актам Республики Казахстан	III
94.4	Определенные услуги лучевой диагностики являются доступными круглосуточно для экстренных ситуаций, возникающих во внерабочее время (если применимо)	II
94.5	Услуги лучевой диагностики, оказываемые субподрядными организациями по договору, контролируются через индикаторы или требования, прописываются в договоре, и при неудовлетворительном качестве услуг принимаются меры **	I

95.0 ВРЕМЕННЫЕ РАМКИ ИССЛЕДОВАНИЙ

Определяются временные рамки на каждый вид исследования в лучевой диагностике *

95.1	На каждый вид радиологического исследования (рентген, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография) определяются временные рамки, в течение которых должно быть готово заключение	II
95.2	Заключение радиологических исследований готовится своевременно	II
95.3	Проводится мониторинг своевременности выполнения экстренных радиологических исследований	I
95.4	Во внерабочее время снимок или диск с радиологическим исследованием может выдаваться дежурному/ лечащему врачу без заключения при условии, что врач имеет привилегию по интерпретации исследования (смотреть критерии 24.1 и 27.3)	II
95.5	Определяются критические (значительно отклоненные от нормы) результаты радиологических исследований, при выявлении которых персонал информирует врача или ответственных лиц (смотреть критерии 56.1 и 56.3)	I

96.0 РАДИАЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ

Внедряется и выполняется программа радиационной безопасности, взаимосвязанная с инфекционным контролем и безопасностью здания *

96.1	Сотрудники защищаются от радиации через ношение	II
------	---	----

	рентген-защитной одежды, пользование защитными устройствами, ношение индивидуальных дозиметров	
96.2	Все сотрудники радиологической службы обучаются основам радиационной безопасности при трудоустройстве и периодически в ответ на инциденты, при получении нового оборудования или изменении методов работы **	I
96.3	Программа радиационной безопасности включает проверку защитных свойств всей рентген-защитной одежды каждые два года, проверку фона радиации в помещении раз в год и ежеквартальный контроль индивидуальных дозиметров **	I
96.4	Инциденты, связанные с безопасностью или несоблюдением радиационной безопасности сообщаются и по результатам работы с инцидентами принимаются корректирующие меры (смотреть критерии 9.2; 26.5; 43.5)	II
96.5	Раз в год лицо, осуществляющее контроль за радиационную безопасность, выступает с отчетом по радиационной безопасности на заседании Комиссии по безопасности здания	II
97.0 РАДИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ		
Радиологическое оборудование поддерживается в рабочем состоянии		
97.1	Все оборудование по лучевой диагностике (рентген, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультра- звуковое исследование и другие) регулярно инспектируется, поддерживается, калибруется и эти действия документируются (смотреть критерии 44.1 – 44.5)	II
97.2	Оборудование по лучевой диагностике обслуживается сотрудниками организации или за счет договора с внешней организацией	III
97.3	Все сотрудники обучаются работе с оборудованием, с которым они работают	III
97.4	Есть список всего оборудования по лучевой диагностике	III
97.5	Требования к технической спецификации и характеристикам закупаемого оборудования по лучевой диагностике определяются специалистом по лучевой диагностике	II
98.0 КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА В РАДИОЛОГИИ		
Проводится внутренний и внешний контроль качества радиологических исследований		
98.1	Внутренний контроль качества проводится регулярно (желательно ежедневно) и не требует документации, если выполняется автоматически на оборудовании	II
98.2	Ежегодно проводится внешний контроль качества путем выборочной перепроверки заключения внешним экспертом	II

	(«второе чтение»)	
98.3	Существует список внешних экспертов с контактными данными, к которым может обратиться организация при сомнительном, сложном случае («второе чтение») **	II
98.4	Знания, квалификация внешних экспертов подтверждается документально	II
98.5	При неудовлетворительных данных контроля качества принимаются меры	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.