**Сравнительная таблица стандартов аккредитации для медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь**

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

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

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

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

доступны персоналу на рабочих местах. |  |  |
| 6 | Стандарт 6.0  | **6.0 УПРАВЛЕНИЕ ФИНАНСАМИ****Финансовые ресурсы медицинской организации управляются и контролируются для оказания содействия в достижении целей.** | **6.0 КУЛЬТУРА БЕЗОПАСНОСТИ****Руководство организации внедряет и поддерживает культуру безопасности, поощряет выявление инцидентов и системные меры по улучшению работы** | Разработан новый стандарт.В соответствии с международными требованиями внедряется новая терминология в области повышения качества медицинских услуг; деятельность руководства медицинской организации, поощряющая выявление ошибок и принятие системных мер по улучшению работы вместо наказания |
|  |  | 6.1 | Руководство ежегодно утверждает план финансово-хозяйственной деятельности:1. подготовленный финансово-экономическим блоком медицинской организации;
2. с участием персонала медицинской организации;
3. основанный на предполагаемых доходах и сметах расходов;
4. на основе задач и планируемых мероприятий годового плана.
 | 6.1 Сотрудники и руководители медицинской организации проходят обучение определениям «культура безопасности», «инцидент», «потенциальная медицинская ошибка», «медицинская ошибка», «экстремальное событие» а также процессу сообщения и расследования инцидентов. \*\* |  |
|  |  | 6.2 | Порядок и процедуры финансовой деятельности медицинской организации документируются и включают следующее:1. оперативность выставления счетов и оплаты счетов;
2. бухгалтерский учет;
3. полномочия по закупке и расходованию средств, процедура передачи полномочий;
4. страхование;
5. управление активами.
 | 6.2 Медицинская организация обеспечивает страхование профессиональной ответственности медицинских работников с высоким риском судебных исков по вопросам профессиональной ответственности, выполняющие процедуры и операции высокого риска. \*\*  |
|  |  | 6.3 | Бухгалтерский учет основан на достоверной финансовой информации обо всех источниках доходов и расходов, и обеспечивает своевременные и точные финансовые отчеты для принятия решений. | 6.3 В медицинской организации внедрен процесс выявления инцидентов, документации в медицинской карте и анализа инцидентов. Для экстремальных инцидентов проводится анализ корневых причин.  |
|  |  |  |  | 6.4 Инциденты выявляются и сообщаются путем заполнения специальной формы, которая может подаваться ответственному лицу в организации или в ящики анонимно. Форма должна содержать сведения о дате, времени, месте инцидента, виде инцидента, степени причиненного пациенту вреда и обстоятельствах. Пациент или члены семьи информируются, если с пациентом произошла медицинская ошибка. \* |
|  |  | 6.4 | Прибыли, убытки и расходы на услуги регулярно отслеживаются в сравнении с бюджетом и предоставляются руководству медицинской организации в виде ежемесячных финансовых отчетов. | 6.5 Руководством медицинской организации принимаются управленческие решения, направленные на системные, проактивные действия для повышения качества услуг \*\* |  |
|  |  | 6.5 | Существует система внутреннего финансового контроля и аудита. |  |  |
|  |  | 6.6 | Внешний финансовый аудит проводится в соответствии с НПА. |  |  |
|  |  | 6.7 | Медицинские услуги, осуществляемые на платной основе:1) имеется прейскурант цен; 2) цены рассчитаны на основе затрат;3) оплата платных услуг проводится в соответствии с законодательством Республики Казахстан. |  |  |
|  |  | 6.8 | Список утвержденных платных услуг и их цен доступен населению. |  |  |
|  |  | 6.9 | Медицинская организация проводит аудит платных услуг для подтверждения, что:1. цены соответственные, а расходы и платежи осуществляются надлежащим образом, согласно документально оформленным процессам;
2. средства используются по целевому назначению.
 |  |  |
|  |  | 6.10 | Оплата труда сотрудникам, перечисления в пенсионный фонд и другие обязательные отчисления:1. осуществляются своевременно;
2. основаны на утвержденной структуре заработных плат и вознаграждений сотрудникам медицинской организации.
 |  |  |
|  |  | 6.11 | Отчеты своевременно направляются в налоговые органы и органы государственной статистики.  |  |  |
| 7 | Стандарт 7.0 | **7.0** **ИНФОРМАЦИОННОЕ УПРАВЛЕНИЕ****Организация систематически управляет и защищает свою информацию в целях удовлетворения информационных потребностей и задач.** | **7.0 УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ****В медицинской организации определяется лицо, ответственное за координацию мероприятий по улучшению качества и утверждается документ, определяющий основные направления работы по улучшению качества.** | Критерий 5.5 (2 версия) выделен в стандарт 7.0 предлагаемой редакции для разделения системы управления рисками от управления качеством медицинских услуг |
|  |  | 7.1 | В медицинской организации имеется единая автоматизированная информационная система по управлению ее деятельностью, включающая:1. наличие совместимых компьютеров и пакетов прикладных программ, отвечающих нуждам каждого отдела;
2. лицензионное программное обеспечение;
3. управление текущими расходами;
4. процедуры необходимых обновлений программного обеспечения;
5. текущее техническое обслуживание;
6. обучение персонала.
 | 7.1 Лицо, осуществляющее контроль координации программы по улучшению качества обладает необходимыми навыками и знаниями в области улучшения качества \*\*(смотреть критерий 4.3). |  |
|  |  | 7.2 | Медицинская организация обеспечивает конфиденциальность, безопасность и целостность информации путем:1. установки уровней защиты для доступа персонала к особо важной информации;
2. обучения персонала о неразглашении частной или личной информации и соблюдения конфиденциальности;
3. ограничения доступа к конфиденциальной информации, в том числе информации о пациенте.
 | 7.2 Управляющий орган медицинской организации ежегодно утверждает документ (программа или план мероприятий) для непрерывного улучшения качества услуг и повышения безопасности пациента с вовлечением всех подразделений организации. \* |
|  |  | 7.3 | Документально оформленные процедуры защиты информации используются персоналом и включают:1. создание резервных копий файлов;
2. хранение резервных копий;
3. восстановление данных в случае чрезвычайных ситуаций
 | 7.3 В документе для непрерывного улучшения качества услуг прописывается определение термина «экстремальное событие», что включает, но не ограничивается следующим: 1) случай смерти, не связанной с естественным течением заболевания; 2) процедура или операция, проведенная «не тому пациенту», «не на том месте» или «не та процедура»;3) значительные побочные эффекты или реакция на анестезию или седацию;4) значительные побочные эффекты на лекарственные средства;5) инцидент с нанесением вреда пациенту и иные события, определенные организацией. |
|  |  | 7.4 | Персонал клиники имеет доступ к надежным Интернет-ресурсам и телекоммуникационным технологиям для выполнения своих профессиональных обязанностей. | 7.4 Экстремальное событие подлежит расследованию в течение 45 дней с момента происшествия или выявления и сообщается ответственным сотрудником:1) Управляющему органу медицинской организации в составе квартального отчета с указанием принятых мер;2) пациентам для информирования (смотреть критерий 1.4) \*\* |
|  |  | 7.5 | Персонал может получить информацию о достижениях и передовых технологиях в здравоохранении посредством:1. предоставления актуальной медицинской информации, руководств по эксплуатации медицинского оборудования, базы по лекарственным препаратам в библиотеке или другом доступном месте;
2. участия в профессиональных конференциях, семинарах и учебных программах.
 | 7.5 Сотрудники медицинской организации обучаются методам (инструментам) улучшения качества и надлежащему использованию данных (смотреть критерий 19.3). |
|  |  | 7.6 | Медицинская организация использует стандартный процесс управления документацией, соответствующий требованиям законодательства РК и включающий следующее:1. утвержденную номенклатуру дел с указанием сроков хранения;
2. файлы/папки во всех отделениях сводятся в единую номенклатуру;
3. документы хранятся в папках в соответствии с номенклатурой дел.
 |  |  |
|  |  | 7.7 | Внутренние документы, регулирующие деятельность организации:1. утверждены и подписаны ответственным лицом;
2. имеют дату ввода и сроки действия;
3. обновляются по потребности;
4. контролируются на своевременность выполнения ответственными лицами.
 |  |  |
|  |  | 7.8 | Медицинские записи о пациентах: 1) защищены от потери, уничтожения, искажения и неправомочного доступа или использования; 2) доступны только уполномоченному персоналу;3) удобны для доступа, но с соблюдением конфиденциальности;4) не должны выноситься из помещения без специального разрешения. |  |  |
|  |  | 7.9 | Медицинская документация архивируется:1. в соответствии с документированной процедурой по архивированию документов, их передаче в архив и правилами получения документов из архива;
2. под руководством ответственного лица;
3. помещение архива находится в защищенном от доступа посторонних лиц месте и оборудовано стеллажами (шкафами);
4. и выписки из амбулаторных карт предоставляются только определенным лицам по запросу.
 |  |  |
| 8 | Стандарт 8.0 | **8.0 УПРАВЛЕНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ****Эффективное планирование и управление человеческими ресурсами повышает производительность труда персонала и является инструментом в достижении медицинской организацией поставленных целей и задач.** | **8.0 НЕПРЕРЫВНОЕ ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА****В медицинской организации внедряется программа непрерывного улучшения качества услуг и безопасности пациента.** | Выделен в отдельный стандарт в связи с приоритетностью повышения качества медицинских услуг и безопасности пациента |
|  |  | 8.1 | В медицинской организации используется документированный процесс для определения:1) уровня укомплектованности персонала, необходимого для выполнения планируемых объемов услуг и работ;2) уровня требуемого стажа и опыта;3) наиболее эффективной и рациональной структуры профилей и должностей персонала. | 8.1 Руководство ежегодно участвует в определении приоритетных индикаторов для организации в целом и для отдельных служб, которые включаются в квартальные отчеты медицинской организации об основной деятельности (смотреть критерии 1.4 и 2.4). \*\* |
|  |  | 8.2 | Медицинская организация разрабатывает и использует политику и процедуры по управлению штатом, включающую назначение, отбор, обучение, оценку, поощрение, сохранение и привлечение компетентного штата в целях выполнения поставленных задач по оказанию медицинских услуг. | 8.2 Для каждой клинической службы определяются индикаторы c формулой расчета (определенным числителем и знаменателем, если применимо), с желаемым пороговым значением; проводится сбор данных и анализ индикаторов. \*\*8.3 Проводится аудит медицинских карт в соответствии с требованиями законодательных актов Республики Казахстан \*\*\*, внутренних политик и процедур медицинской организации.Результаты аудита применяются для улучшения деятельности медицинской организации. \* |
|  |  | 8.3 | Доступность специалистов и структура профессиональных навыков персонала:1. соответствуют функциям каждого подразделения;
2. пересматриваются ежегодно при планировании или по потребности.
 |
|  |  | 8.4 | На все штатные должности разработаны должностные инструкции, которые утверждены руководством медицинской организации. Должностные инструкции доступны каждому сотруднику и включают:1) квалификацию, навыки, подготовку, опыт работы, требуемые для занятия штатной должности;2) функциональные обязанности; 3) подотчетность;4) сроки пересмотра. | 8.4 Проводится анкетирование удовлетворенности пациентов в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан \*\*\* и внутренними политиками, процедурами, утвержденными руководством медицинской организации.Результаты анкетирования применяются для улучшения деятельности. \* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | 8.5 | Назначение/прием на должность производится:1) подписанием контракта между работником и организацией; 2) в соответствии с требованиями, изложенными в должностной инструкции; 3) в соответствии с трудовым законодательством и обеспечением равных возможностей трудоустройства. | 8.5 Проводится обзор клинических случаев и результаты обсуждаются в группах или в работе соответствующих комиссий и применяются для улучшения деятельности. |  |
|  |  | 8.6 | До назначения/приема специалиста, допущенного к клинической практике медицинская организация:1) проводит оценку его клинических знаний и навыков; 2) проводит проверку предоставленной первичной документации (дипломы, сертификаты); 3) оформляет личное дело с указанием послужного списка, трудового стажа и опыта работы.  |   |  |
|  |  | 8.7 | Каждый сотрудник имеет подписанный оригинал своей должностной инструкции, копия которой имеется в отделе кадров. |  |  |
|  |  | 8.8 | Каждый сотрудник проходит инструктаж для ознакомления с медицинской организацией, ее целями и задачами, а также со своими должностными обязанностями, в соответствии с документированной программой введения в должность. |  |  |
|  |  | 8.9 | Персонал в медицинской организации идентифицируется посредством:1. ношения специального медицинского обмундирования;
2. униформы для технических работников;
3. бейджей с указанием фамилии, имени, отчества и занимаемой должности.
 |  |  |
|  |  | 8.10 | В медицинской организации существует ежегодно проводимая процедура оценки результатов работы специалистов на предмет: 1) соответствия целям и задачам, указанным в должностных инструкциях; 2) определения достижений и нуждающихся в повышении квалификации; 3) процедура документируется и подписывается сотрудником и руководителем подразделения;4) подшивается к личному делу. |  |  |
|  |  | 8.11 | В медицинской организации существует механизм мониторинга деятельности всего клинического персонала, который включает: 1) мониторинг того, что клинический персонал имеет достаточную непрерывную клиническую практику для сохранения своей компетентности; 2) реагирование на проблемы, связанные с компетентностью персонала, посредством дополнительного наставничества, обучения или других процедур; 3) мониторинг того, что клинический персонал занимается клинической деятельностью в рамках своих полномочий и компетенций;4) регулярную проверку сведений о профессиональной квалификации и компетенций сотрудников. |  |  |
|  |  | 8.12 | Составляется бюджет и ежегодный план по повышению квалификации специалистов на основе:1) анализа потребностей в дополнительной подготовке сотрудников;2) анализа потребностей медицинской организации, связанных с оказанием услуг. |  |  |
|  |  | 8.13 | В медицинской организации имеется политика непрерывного профессионального образования, предусматривающая: 1) регулярное повышение квалификации специалистов (не реже 1 раза в пять лет); 2) средства для повышения квалификации. |  |  |
|  |  | 8.14 | Существует полная документированная информация о каждом сотруднике организации, включая записи об обучении, которая относится к конфиденциальной и хранится в защищенном месте. |  |  |
|  |  | 8.15 | В медицинской организации проводится анализ ключевых показателей, таких как, отсутствие на работе без уважительной причины, текучесть кадров, результаты которых используются для улучшения. |  |  |
| 9 | Стандарт 9  | **9.0** **БЕЗОПАСНОСТЬ ЗДАНИЙ****Окружающая среда медицинской организации является безопасной и комфортной для пациентов, персонала и посетителей.** | **9.0 УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ****В медицинской организации внедряется программа** **по управлению рисками.** | Выделен в отдельный стандарт по внедрению программы по управлению рисками для улучшения работы. медицинской организации. Критерии данного стандарта включают анализ инцидентов («почти ошибок», ошибок, экстремальных событий); результаты анализа применяются для улучшения деятельности, что отсутствовало ранее.Данные критерии отражают оценку рисков |
|  |  | 9.1 | Здания медицинской организации1. отвечают потребностям в площади и расположении подразделений при предоставлении услуг пациентам в повседневной работе и во время чрезвычайных ситуаций;
2. регулярно ремонтируются;
3. отвечают требованиям строительных норм и правил;
4. отвечают требованиям санитарных норм и правил.
 | 9.1 Медицинская организация имеет программу по управлению рисками, которая утверждается в виде документа (программа или правила) и включает следующие элементы \*: 1) цель, задачи, область применения документа;2) образец реестра рисков и способ оценки рисков;3) ответственность за управление рисками и функции управления рисками;4) требования по обучению сотрудников;5) виды рисков (стратегические, клинические, финансовые и прочие угрозы);6) образец плана действий по устранению рисков и требование разработать действие на каждый значительный риск;7) требование информировать заинтересованные стороны о рисках. |  |
|  |  |  | отсутствует |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | 9.2 | В медицинской организации принимаются меры по обеспечению безопасности в соответствии с письменной политикой и процедурами, с целью защиты:1. персонала, работающего в одиночку или в изолированном помещении;
2. 2) пациентов, посетителей и персонала от угрозы физического насилия и потери имущества в дневное и ночное время;
3. лекарственных средств от краж и хищений;

здания, оборудования и имущества от повреждения или утери.  | 9.2 Утвержденная программа по управлению рисками выполняется сотрудниками, которые участвуют в: 1) выявлении рисков (проблем);2) сообщении о рисках;3) оценке и определении приоритетности рисков;4) анализе инцидентов (потенциальных медицинских ошибок, медицинских ошибок, экстремальных событий);5) составлении и реализации плана действий. |
|  |  |  |  |  |
|  |  | 9.3 | По всей территории медицинской организации на видных местах установлены легко читаемые информационные знаки по технике безопасности, включая знаки:1. направлений;
2. запрета курения;
3. запретных зон и прочих предупреждений;
4. опасности радиоактивного излучения в помещении;
5. противопожарного оборудования;
6. схем эвакуации при чрезвычайных ситуациях;
7. указателей ближайшего выхода.
 | 9.3 Руководители структурных подразделений и сотрудники знают о существующих рисках (проблемах) в своем подразделении. Источники информации о рисках – это инциденты, сотрудники, наблюдения, обзор документации, пациенты и члены их семьи. |  |
|  |  | 9.4 | Территория медицинской организации обслуживается в должном объеме и соответствует транспортным требованиям:1. имеются свободные подъездные пути;
2. отведено парковочное место для автомобилей медицинской организации, автомобилей пациентов и посетителей;
3. оснащенный гараж для парковки автомобилей медицинской организации при потребности;
4. соответствующее место для проведения ремонта автомобилей.
 | 9.4 Медицинская организация проводит непрерывную оценку рисков (ежеквартально или чаще обновляется реестр рисков). \*\* |  |
|  |  | 9.5 | В медицинской организации имеется возможность передвижения пациентов и посетителей с ограниченными физическими возможностями, и перемещения грузов:1. обеспечение работающих пассажирских лифтов в зданиях, состоящих из трех и более этажей, служебных лифтов в лечебные отделения выше второго этажа или выше;
2. пандус, подходящий для детских колясок, инвалидных кресел, каталок и тележек.
 | 9.5 Медицинская организация принимает меры по снижению или устранению рисков (составляется и постоянно обновляется план действий по снижению рисков, пока риски не будут устранены или снижены). \*\* |  |
|  |  | 9.6 | Медицинская организация имеет функционирующие водопроводные и канализационные системы, отвечающие требованиям санитарно-гигиенических норм и правил:1. бесперебойная подача холодной и горячей воды, доступная в местах нахождения пациентов и в других служебных зонах;
2. функционирующая канализационная и дренажная система.
 |  |  |
|  |  | 9.7 | Окружающая обстановка в медицинской организации способствует комфорту и безопасности персонала и пациентов посредством: 1. естественной вентиляции при помощи вытяжки воздуха, открывания окон и/или искусственной – приточно-вытяжной;
2. функционирующей системы центрального или местного отопления равномерно во всех помещениях в холодное время года;
3. адекватного естественного освещения в местах нахождения пациентов;
4. наличия адекватного искусственного освещения, в местах, где отсутствует естественное освещение.
 |  |  |
|  |  | 9.8 | Медицинская организация с целью создания комфортной рабочей среды управляет своими коммунальными службами и сводит к минимуму потенциальные риски:1. имеет в наличии альтернативные источники для предупреждения воздействия перебоев работы коммунальных служб на систему жизнеобеспечения организации и инфекционный контроль;
2. обслуживание инженерных коммуникаций осуществляется высококвалифицированными, компетентными работниками, которые следуют надлежащим процедурам;
3. предотвращает распространение загрязняющих веществ в таких зонах, как централизованные стерилизационные службы, лаборатория с обеспечением адекватной вентиляции с притоком воздуха из чистых районов в загрязненные.
 |  |  |
|  |  | 9.9 | Медицинская организация обеспечивает условия для поддержания гигиены пациентов и персонала, предоставляя:1. достаточное количество расположенных в удобном месте, понятно обозначенных и доступных туалетов и гигиенических комнат;
2. доступ к раковинам, электросушилкам или бумажным полотенцам во всех туалетах и в рабочих зонах для персонала;
3. приватное место для пациентов при отправлении личных потребностей гигиены, возможность получения помощи при этом.
 |  |  |
| 10 | Стандарт 10.0 | **10.0** **УПРАВЛЕНИЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМИ СИТУАЦИЯМИ И ПРОТИВОПОЖАРНОЙ БЕЗОПАСНОСТЬЮ****Медицинская организация сводит к минимуму риски возникновения пожара и готова к чрезвычайным и критическим ситуациям.**  | **10.0 КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ****Руководители организации мониторируют выполнение сотрудниками клинических протоколов диагностики и лечения, утвержденных на основании доказательной базы** | Клинические протоколы диагностики и лечения в соответствии с требованиями международных стандартов: выделяются в отдельный стандарт с целью проведения мониторинга внедрения протоколов диагностики и лечения |
|  |  | 10.1 | Медицинская организация разрабатывает детальный план мероприятий на случай пожара или иной чрезвычайной ситуации, который включает:1. ответственность за управление и координирование мер экстренного реагирования;
2. процесс уведомления аварийных служб и персонала;
3. систему экстренной связи;
4. процедуру эвакуации людей из здания в случае необходимости.
 | 10.1 Руководством медицинской организации проводится мониторинг применения клинических протоколов диагностики и лечения, основанных на доказательной медицине. |  |
|  |  |  |  |   |
|  |  | 10.2 | Персонал проходит ежегодное обучение в соответствии с планом реагирования при ЧС, включая процедуры ориентации персонала при эвакуации, и участвует в мероприятиях по учебной тревоге. | 10.2 При отсутствии утвержденных клинических протоколов диагностики и лечения, медицинская организация утверждает для внутреннего пользования адаптированные клинические протоколы диагностики и лечения, основанные на доказательной медицине, или инициирует их пересмотр или утверждение на национальном уровне.  |
|  |  | 10.3 | Медицинская организация снижает риск возникновения пожара путем: 1. использования огнестойких строительных материалов, таких как огнестойкая краска, шторы, мебель и постельное белье;
2. обеспечения запасных путей эвакуации, таких как лестницы внутри здания и внешние пожарные лестницы;
3. обеспечения оборудованием пожаротушения (гидранты, пожарные шланги, огнетушители, системы автоматического водяного пожаротушения), расположенного в соответствующих местах и обозначенного надлежащим образом;
4. установки системы пожарной сигнализации и системы оповещения;
5. использования техники и устройств, для ограничения распространения пожара (противопожарные барьеры, противопожарные стены, пожарные двери и аварийные выключатели).
 | 10.3 Проводится ретроспективный и текущий аудит медицинских карт на предмет соответствия требованиям клинических протоколов диагностики и лечения, основанных на доказательной медицине. |  |
|  |  | 10.4 | Системы аварийной сигнализации: 1. должны находиться в состоянии готовности и быть способными издавать звуковые сигналы, слышимые на необходимом расстоянии и заглушающие остальной шум;
2. имеют необходимые настройки, которые содержатся в рабочем состоянии, тестируются в соответствии с программой планово-предупредительного технического обслуживания, полученные данные документируются.
 | 10.4 Результат аудита медицинских карт оформляется в виде презентации с данными по исполнению отдельных требований клинического протокола диагностики и лечения. |  |
|  |  | 10.5 | Из всех зон здания медицинской организации имеются адекватные пути для эвакуации, включая:1. пути эвакуации в случае пожара, такие как дверные проемы, коридоры, пандусы или переходы, лестничные пролеты, всегда свободные от заграждений;
2. пожарные и противодымные двери, которые должны хорошо открываться и закрываться вручную;
3. выходные двери, которые оставляются открытыми или фиксируются электрическими устройствами автоматического расцепления;
4. запрет запирания дверей в кабинетах для приема пациентов и выходных дверей, за исключением особых случаев и моментов, когда есть адекватные запасные выходы.
 | 10.5 Презентация с данными по исполнению клинических протоколов диагностики и лечения применяется для обратной связи с медицинским персоналом, обучения сотрудников и других мероприятий для улучшения деятельности. |  |
|  |  | 10.6 | Воспламеняющиеся вещества, газовые баллоны и другие потенциально опасные материалы и химические вещества хранятся и используются в соответствии с инструкциями по безопасности, и включают:1. систематическую сортировку и маркировку;
2. запирание помещений и обеспечение герметичности;
3. запирание контейнеров для хранения газовых баллонов или наличие ограждения, с целью недопущения посторонних лиц;
4. хранение на уровне пола на специализированных поддонах.
 |  |  |
| 11 | Стандарт 11.0  | **11.0** **БЕЗОПАСНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБОРУДОВАНИЯ И РАСХОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ****Медицинская организация использует оборудование, расходные материалы и медицинские приборы безопасно, эффективно и рационально.** | **11.0 РАБОТА С НАСЕЛЕНИЕМ****Медицинская организация вовлекает пациентов, население и сотрудников в планирование оказания медицинских услуг и способствует доступности оказываемых услуг для населения.** | Критерий 2.4 (2-ой версии) выделен в отдельный новый стандарт в 3 версии в связи с детализацией функций по требованию стандарта, привлечением населения к планированию услуг медицинской организации |
|  |  | 11.1 | Медицинская организация планирует закупки, модернизацию и замену медицинских приборов и оборудования: 1. для обеспечения планируемых услуг;
2. для реагирования при чрезвычайных ситуациях с помощью имеющегося резерва;
3. с целью обеспечения бесперебойной работы всех приборов и оборудования.
 | 11.1 Медицинская организация информирует население об оказываемых услугах и условиях (порядке) их получения, а также любых изменениях в списке оказываемых услуг и условиях (порядке) их получения. \*\* |  |
|  |  | 11.2 | Внедрена программа профилактического технического обслуживания и ремонта приборов и оборудования, включающая:1. 1) наличие графика планового испытания, осмотра, технического обслуживания и ремонта;
2. 2) наличие инструкций на основе руководств по эксплуатации производителя, стандартов по обращению с опасными веществами и стандартов безопасности;
3. 3) выполнение калибровки;
4. соблюдение требований законодательства и местных органов власти.

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

Примечание:Столы для работы с продуктами должны быть из нержавеющей стали или прочного алюминия.Столы из оцинкованного железа с закругленными углами используются только для разделки сырого мяса. | 13.5 Отчеты своевременно направляются в налоговые органы и органы государственной статистики. |
|  |  | 13.6 | Квалифицированный врач- диетолог или диетсестра осуществляют надзор за приготовлением блюд диетических столов для пациентов, руководствуясь специальной литературой по приготовлению основных диетических столов.Примечание:Стол № 1 - язва желудка и двенадцатиперстной кишки Стол № 5 – хронический и острый гепатит, хронический холецистит, желчнокаменная болезньСтол № 7 – хроническое и острое почечное заболевание Стол № 9 - сахарный панкреатический диабетСтол № 10 – заболевания сердечнососудистой системы Стол № 11 - туберкулёз лёгких, заболевания легкихСтол № 13 - острые инфекционные заболеванияСтол № 15 – общий стол |  |
|  |  | 13.7 | Осуществляется контроль качества приготовленных блюд с целью:1. оценки и регистрации данных о вкусе, цвете, аромате, структуре и температуре готовых блюд перед их подачей;
2. оценки качества скоропортящихся продуктов.
 |  |
|  |  | 13.8 | Механизм по контролю и учету переводов пациентов в другое отделение обеспечивает предоставление им блюд диетических столов в соответствии с назначением. |  |
| 14 | Стандарт 14.0 | **14.0 ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ****Организация проводит контроль и профилактику инфекционных заболеваний.** | **14.0 ФОНД ОПЛАТЫ ТРУДА****Оплата труда сотрудников осуществляется своевременно и с учетом дифференцированного вклада работника в производительность организации**  | Выделен в отдельный стандарт в связи с важностью своевременной оплаты труда сотрудников на основе утвержденной руководством медицинской организации организационной структуры, штатного расписания и с учетом дифференцированного вклада.работника |
|  |  | 14.1 | Медицинская организация разрабатывает программу по инфекционному контролю:1. для профилактики и снижения распространения внутрибольничной инфекции;
2. с привлечением различных специалистов к ее разработке и мониторингу;
3. для всех структурных подразделений.
 | 14.1 Проводится дифференцированная оплата труда сотрудников медицинской организации в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан \*\* \*\*\* |  |
|  |  | 14.2 | Надзор за программой инфекционного контроля осуществляется комиссией по инфекционному контролю, состоящей из представителей соответствующих структурных подразделений, имеющей четкий круг полномочий и ответственной за:1. разработку и мониторинг программы инфекционного контроля;
2. утверждение и обзор всех политик и процедур по инфекционному контролю и проведение мероприятий;
3. координацию всех мероприятий по инфекционному контролю;
4. рассмотрение и анализ данных по инфекционному контролю не реже одного раза в год;
5. принятие надлежащих мер при выявлении недостатков инфекционного контроля;
6. оценку эффективности принятых мер.
 | 14.2 Система дифференцированной оплаты труда основывается на индикаторах. |  |
|  |  | 14.3 | Программа инфекционного контроля реализуется квалифицированными специалистами (медицинские сестры и/или врачи), в чьи должностные обязанности должны входить:1. реализация программы инфекционного контроля, учитывая рекомендации и замечания сотрудников и пациентов;
2. реализация политик;
3. обучение персонала;
4. консультации по инфекционному контролю;
5. разработка и применение методов контроля, включая обзор методов борьбы с инфекцией;
6. предоставление отчетов и рекомендаций.
 | 14.3 Периодически проводится определение производительности работников в соответствии с утвержденными критериями для дифференцированной оплаты труда. \*\* |  |
|  |  | 14.4 | Проводится регулярный сбор, сравнение и анализ информации о выявленных случаях инфекций для оценки эффективности мероприятий и показателей по инфекционному контролю:1. результаты своевременно сообщаются в комиссию по инфекционному контролю и руководству клиники и соответствующим сотрудникам;
2. используются стандартные определения для выявления и классификации случаев инфекции, показателей и результатов.
 | 14.4 Оплата труда сотрудникам, перечисления в пенсионный фонд и другие обязательные отчисления осуществляются своевременно. \*\* |  |
|  |  | 14.5 | Проводятся регулярные обзоры клинических и параклинических практик для анализа рисков инфекции, методов инфекционного контроля и потребностей персонала в обучении, включающие:1. обходы;
2. изучение медицинских карт пациентов, лабораторных отчетов и записей о назначении лекарственных средств;
3. лабораторные анализы культур из взятых проб и смывов от намеченных участков с возможным риском инфекции;
4. уведомления, выдаваемые медицинскому персоналу.
 | 14.5 Оплата труда сотрудникам осуществляется на основе утвержденной руководством медицинской организации организационной структуры, штатного расписания в рамках системы дифференцированной оплаты труда. \*\* |  |
|  |  | 14.6 | В случае возникновения инфекции, персонал следует оформленным документально процессам, чтобы:1. незамедлительно выявить, отреагировать и локализовать инфекцию;
2. изолировать инфицированных пациентов;
3. выявить источник и пути распространения инфекции, включая отслеживание всех контактов;
4. проконсультироваться с государственными органами здравоохранения или специалистами по инфекционным заболеваниям;
5. использовать результаты расследований, чтобы предотвратить повторное возникновение данной формы инфекции;
6. сообщить в государственные органы здравоохранения.
 |  |  |
|  |  | 14.7 | Лабораторный и медицинский персонал, а также медицинские работники, имеющие право назначать лекарственные препараты, работают совместно и с сообществом для того, чтобы: 1. незамедлительно выявить и отреагировать на присутствие новых и резистентных вирусов и бактерий;
2. следовать стратегиям назначения антибиотиков, которые поддерживают осторожное их использование в лечении инфекций, включая ограничение использования антибиотиков широкого спектра действия;

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

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

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

гибких графиков для посещения больных;1. предоставления возможности родственникам или другим лицам участвовать в уходе за больными с согласия пациента;
2. наличия места рядом с пациентом, оборудованного для родственника или лица, осуществляющего уход.
 | 15.5 Медицинская организация использует стандартный процесс управления документацией, которая хранится в папках в соответствии с номенклатурой дел. |  |
|  | 15.6 | Для пациентов с ограниченной подвижностью имеются вспомогательные средства для передвижения, поручни и перила, инвалидные кресла, костыли и трости, а также предоставляется персонал для помощи таким пациентам. |  |  |
|  | **Информация для пациентов и получение их согласия**  |  |  |
|  | 15.8 | Пациентам и их семьям предоставляется адекватная информация в доступной форме:1. о состоянии здоровья пациента;
2. о планируемом лечении;
3. о стоимости, возможных рисках и пользе предлагаемого лечения или обследования;
4. об альтернативных методах лечения или диагностики.
 |  |  |
|  | 15.9 | После предоставления информации и в соответствии с требованиями законодательства медицинская организация получает согласие пациента: 1. в письменном виде с записью его в медицинскую карту на инвазивные процедуры или операции;
2. в письменном виде на его участие в клиническом исследовании, тестировании медицинских препаратов или новых медицинских технологий.
 |  |  |
|  | 15.10 | Информация относительно направления в другую больницу, такая как стоимость, проезд, время, продолжительность лечения и ожидаемый результат предоставляется пациенту и его семье. |  |  |
|  | 15.11 | Пациенты и их семьи обеспечиваются информацией об уходе и заболевании посредством:1. регулярных занятий по информации о здоровье, проводимых профессионалами в области здравоохранения;
2. предоставления видеоматериалов, брошюр и другой информации о профилактике заболевания и пропаганде здорового образа жизни, которые находятся в доступных местах.
 |  |  |
|  | **Порядок подачи обращений пациентом** |  |  |
|  | 15.12 | В организации существует и используется процесс получения обращений от пациентов и их семей относительно нарушения их прав, в котором:1) обеспечивается информирование пациентов и их семей о том, как подать обращение в организацию, а также в общество по защите прав пациента или в суд; 2) упрощается процедура путем предоставления готовых бланков для обращений или принятия обращений в произвольном или устном виде; 3) позволяет передать обращение ответственному лицу. |  |  |
|  | 15.13 | Существует документальный процесс сбора, приоритизации, расследования, а также справедливого и своевременного удовлетворения обращений, что включает следующее:1) письменное подтверждение (если по обращению еще не были приняты меры к удовлетворению пациента и его семьи);2) расследование обращений, опрос вовлеченных сотрудников; 3) вынесение решения об обоснованном обращении; 4) принятие мер при обоснованности обращений; 5) информирование пациента и членов его семьи о ходе расследования через регулярные промежутки времени; 6) информирование лица, подавшего обращение и других вовлеченных лиц о результате. |  |  |
|  | 15.14 | Обращения заносятся в журнал регистрации, мониторируется процесс работы с обращениями, и результаты используются для повышения качества. |  |  |
|  | **Отзывы пациентов** |  |  |
|  | 15.15 | Организация регулярно измеряет степень удовлетворенности пациентов и их семей услугами путем:1) предоставления информации по почтовому и электронному адресу для обратной связи с пациентами;2) ведения записи замечаний, пожеланий и благодарностей, полученных в письменном виде, по телефону или лично от пациентов; 3) проведения анкетирования пациентов с целью определения удовлетворенности пациентов с учетом таких аспектов, как качество оказания услуг, работа персонала и система оплаты, где применимо; 4) анализа данных и определения тенденций, которые используются для повышения качества. |  |  |
| 16 | 16.0 ДОСТУП К МЕДИЦИНСКОМУ ОБСЛУЖИВАНИЮ, ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ПЛАНИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ**Потребности пациента удовлетворяются своевременно, и предоставляется эффективная госпитализация с оценкой и планированием лечения и ухода за пациентом.** | **16.0 ЗАЩИТА ИНФОРМАЦИИ**Медицинская организация обеспечивает конфиденциальность, безопасность и целостность информации. | Выделен в отдельный стандарт, так как защита информации – это конфиденциальность, безопасность информации медицинской организации обеспечивает права пациента |
|  | 16.1 | Доступность услуг медицинской организации для населения осуществляется путем:1. предоставления бесплатного обслуживания в соответствии с Перечнем гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;
2. удобного графика работы служб для групп пациентов в соответствии с предоставляемыми услугами;
3. информирования населения об объеме медицинских услуг, графике работы и о порядке получения неотложной медицинской помощи
 | 16.1 Определяются уровни доступа персонала к конфиденциальной информации. \* |  |
|  | 16.2 | В первой точке контакта, пациент:1. проходит осмотр/обследование с целью оценки его состояния для определения приемлемости услуг организации;
2. затем направляется или госпитализируется в более подходящую службу;

3) получает необходимую ему помощь. | 16.2 Информация на бумажном и электронном носителях защищается от повреждения, утери и неавторизированного доступа. \* |
|  | 16.3 | Пациенты своевременно госпитализируются, при этом: 1. используется эффективная процедура регистрации с записью времени поступления и времени осмотра;
2. оформляется медицинская карта пациента;
3. производится осмотр в течение 15 минут после поступления в приемное отделение;
4. в первую очередь осматривают пациентов в очень тяжелом состоянии;
5. уделяется внимание санитарно-гигиеническим нуждам пациента до перемещения его в палату/ отделение;
6. определяются пищевые предпочтения и имеющиеся аллергические реакции;
7. заполняется соответствующая учетная форма перед любой хирургической процедурой, за исключением критических ситуаций.
 | 16.3 По требованиям законодательных актов Республики Казахстан\*\*\* в медицинской организации обеспечивается конфиденциальность информации о пациенте. \* |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 16.4 | Госпитализированным пациентам и их семьям:1. предоставляют график посещения пациентов;
2. объясняют требование о специальной одежде для посетителей;
3. предоставляют стандартный набор инструкций по пребыванию в больнице;
4. пациентам показывают, где находятся туалеты, душевые и умывальники, которые в рабочем состоянии и доступны круглосуточно;
5. пациентам разрешают носить свою удобную одежду в соответствии с санитарно-гигиеническим режимом;
6. пациентам выделяют отдельную кровать со свежим бельем;
7. проводят **первичный медицинский осмот**р пациентов в течение часа после госпитализации.
 | 16.4 Персонал обучается требованиям по защите и неразглашению конфиденциальной информации\*\* |  |
|  | **Оценка** |  |  |
|  | 16.5 | Проводится всесторонняя оценка потребностей и потенциальных рисков пациента путем сбора информации касательно:1. анамнеза заболевания, текущего аллергологического и медикаментозного анамнеза;
2. жизненно важных показателей, веса и основных результатов осмотра;
3. степени боли;
4. функционального, эмоционального и умственного состояния;
5. поведения, которое может представлять риск для пациента и других людей;
 | 16.5 Медицинской организацией определяются сроки хранения в местах пользования, в архиве организации и порядок уничтожения медицинских и немедицинских документов, в соответствии с требованиями законодательных актов Республики Казахстан. \* \*\*\* |  |
|  | 16.6 | Квалифицированные медицинские специалисты как можно скорее проводят оценку состояния пациента:1. с участием самого пациента и/ или его семьи;
2. документируют результаты осмотра и первичного диагноза в амбулаторную карту пациента.
 |  |  |
|  | 16.7 | Выполняются соответствующие лабораторные анализы, рентгеновские и прочие диагностические снимки и тесты, а их результаты: 1. сообщаются врачу, который выдал пациенту такое направление;
2. заносятся в историю болезни пациента с указанием даты и времени получения.
 |  |  |
|  | 16.8 | По тяжелобольным пациентам или пациентам, имеющим сопутствующую патологию, принимаются своевременные меры, чтобы: 1. провести консилиум с соответствующими специалистами;
2. поставить диагноз сопутствующих заболеваний;
3. рассмотреть прогноз течения заболевания и осложнения;
4. повторно осмотреть пациента в случае осложнений и занести полученные данные в историю болезни пациента.
 |  |  |
|  | 16.9 | Состояние пациентов повторно оценивают через определенные промежутки времени, чтобы:1. определить реакцию на лечение;
2. запланировать дальнейшее лечение или выписку пациента;
3. результаты повторной оценки заносились в медицинскую карту пациента.
 |  |  |
|  | **Планирование лечения и ухода за пациентом**  |  |  |
|  | 16.10 | План лечения и ухода разрабатывается и заносится в медицинскую карту пациента:1. на основании оценки потребностей пациента, результатов диагностических тестов и диагноза, который нужно окончательно и своевременно поставить (в течение трех дней после госпитализации, по возможности);
2. на основании руководств доказательной практики или клинических протоколов;
3. с участием пациента и его семьи;
4. отражая предпочтения и выбор пациента.
 |  |  |
|  | 16.11 | Лечение и уход за пациентом является комплексным и включает следующее:1. цели и ожидаемые результаты лечения и ухода;
2. предоставляемые услуги и лечение (сколько, как часто, где, кем);
3. план лечения;
4. требуемый график мониторинга состояния пациента;
5. планирование выписки, перевода или последующего лечения, после выписки пациента.
 |  |  |
|  | 16.12 | Риски лечения и использования оборудования:1. оценены и управление этими рисками включено в план лечения и ухода за пациентом;
2. включают аллергию на лекарства, резистентность к антибиотику, риски пожара/ травмы от использования лазеров, риски в результате хронических болезней, как диабет, и риски от инфекционных заболеваний, как СПИД, ВИЧ и вирусный гепатит.
 |  |  |
| Стандарт 17.0 | 17.0 ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ**Своевременное и безопасное лечение и уход за пациентом предоставляются в соответствии с планом лечения и ухода за пациентом и предоставление услуг завершается согласно плану.** | **17.0 ВНУТРЕННИЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ**Руководство совместно с сотрудниками разрабатывает, утверждает и внедряет регламентирующие деятельность политики и процедуры. | Стандарт 17.0 «Предоставление медицинского обслуживания и лечения» в действующей редакции заменен на стандарт «Внутренние нормативные документы» в предлагаемой редакции, предусматривающий разработку, утверждение и внедрение регламентирующих деятельность правил и процедур |
|  | 17.1 | Уход за пациентом и лечение предоставляются в соответствии с планом лечения и ухода за пациентом и клиническим руководствами и стандартами:1. младший медперсонал и медицинские специалисты, участвующие в лечении и уходе за пациентом, ознакомлены с планом ухода;
2. услуги предоставляются своевременно и с установленной регулярностью;
3. используются соответствующие методы и оборудование.
 | 17.1. Определяется порядок разработки, согласования, утверждения и оформления, пересмотра политик и процедур организации. \* |  |
|  | 17.2 | Квалифицированные лица: 1. отвечают за лечение и уход за пациентом на каждом этапе лечения;
2. известны персоналу, как ответственные лица;
3. их данные занесены в медицинскую карту пациента.
 | 17.2 Составляется и обновляется список всех действующих внутренних политик и процедур организации. \*\* |
|  | 17.3 | Пациенты могут получить помощь по требованию: 1. имея легкодоступный функционирующий звонок вызова у кровати;
2. посты медсестер расположены в местах, откуда пациентов хорошо видно;
3. медицинский персонал доступен в любое время в соответствии с графиком дежурств;
4. дежурный врач осматривает пациентов, информация о которых передана лечащим врачом или пациентов, требующих специального лечения, и вносит данные осмотра в историю болезни пациента.
 | 17.3 Руководство организации обеспечивает доступность для персонала действующих политик и процедур организации.  |  |
|  | 17.4 | Уровни боли пациентов регулярно оцениваются с использованием соответствующего инструмента/шкалы, устранение боли и страдания осуществляется в соответствии с последними методами и технологиями. | 17.4 Проводится обучение сотрудников медицинской организации утвержденным политикам и процедурам\*\* |
|  | 17.5 | Безопасность пациента обеспечивается путем: | 17.5 Сотрудники осуществляют свою деятельность в соответствии с утвержденными руководством медицинской организации политиками и процедурами |
|  |  | 1) идентификации пациента двумя различными методами во время раздачи лекарственных препаратов, при переливании крови и продуктов крови, при заборе образцов крови и других образцов для клинического анализа или предоставлении любого другого лечения или процедуры; |  |  |
|  |  | 2) верификации участка тела до проведения диагностической или лечебной процедуры; |  |  |
|  |  | 3) использования процесса принятия устной или телефонной информации с проверочным повтором записанного полного текста информации лицом, получившим эту информацию. |  |  |
|  | 17.6 | Риск падения каждого пациента, включая потенциальный риск, связанный с медикаментозным лечением пациента:1. оценивается и периодически оценивается повторно;
2. снижается или устраняется путем принятия мер там, где обнаружены риски.
 |  |  |
|  | 17.7 | В течение всего времени оказания услуг пациенту между различными услугами поддерживается целостность и непрерывность путем:1. проведения для персонала ознакомительного инструктажа по индивидуальным потребностям каждого пациента и выполнению поставленных задач;
2. того, что группа, осуществляющая уход, проводит обсуждения динамики состояния пациента;
3. использования стандартного подхода к сдаче дежурства между сменами, преемственности между сменами, включая обновленную информацию по состоянию каждого пациента, сообщая о любых инцидентах и предоставляя возможность задавать вопросы о пациентах и отвечать на них;
4. соблюдения комплекса процедур по переводу пациента из одного отделения в другое с соответствующей информацией, сопровождающей пациента;
5. ведения медицинской карты пациента с внесением точных и своевременных записей о динамике состояния.
 |  |  |
|  | 17.8 | Динамика состояния пациента в достижении целей и ожидаемых результатов в его плане лечения:1. регулярно отслеживается в координации с пациентом и его семьей;
2. измеряется с использованием количественных и качественных методов оценки;
3. заносится в медицинскую карту пациента.
 |  |  |
|  | 17.9 | План лечения пациента пересматривается в соответствии с результатами повторной оценки и прогрессом в достижении определенных целей при помощи:1. определения и рассмотрения барьеров, которые могут помешать пациентам достичь цели их лечения;
2. пересмотра, в зависимости от обстоятельств, целей и ожидаемых результатов, режимов лечения и временных рамок.
 |  |  |
|  | 17.10 | Коэффициент идентификации пациентов: 1. оценивается за определенный период времени;
2. анализируется для возможных действий;
3. коэффициент доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
 |  |  |
|  | 17.11 | Коэффициент ошибок в передаче информации в пунктах перехода (при передаче смены, смена службы, передвижение между службами):1. оценивается за определенный период времени;
2. анализируется для возможных действий;
3. коэффициент доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
 |  |  |
|  | Окончание обслуживания  |  |  |
|  | 17.12 | Персонал готовит пациентов к переводу, выписке или окончанию обслуживания, и последующему лечению, там, где применимо, путем:1. планирования окончания услуг, поставляемых пациенту и его семье;
2. оценки и документирования готовности пациента к выписке/ переводу и его текущих потребностей;
3. с участием других лечебных организаций там, где требуется дальнейший уход или лечение;
4. будущих назначений или иных соглашений и договоров по окончанию услуги;
5. обзора результатов предоставленного ухода и лечения, и последующих взаимодействий до конца услуги;
6. занесения в медицинскую карту пациента последующих планов и направлений пациента в другие лечебные учреждения или в другие организации.
 |  |  |
|  | 17.13 | Выписной эпикриз оформляется и1. выдается пациенту за час до выписки или перевода;
2. содержит

причины госпитализации,значимые заключения,диагноз,любые выполненные процедуры,любые назначенные лекарственные препараты и прочие виды лечения,состояние пациента при выписке,лекарственные препараты при выписке и другие последующие инструкции,указание того, были ли достигнуты цели ухода и лечения,рекомендации по дальнейшему лечению и наблюдению пациента;1. в случае смерти, соответствующая информация о смерти передается в уполномоченный орган.
 |  |  |
|  | 17.14 | Персонал удовлетворяет нужды умирающих пациентов:1. помогая им в ослаблении боли и симптомов;
2. предоставляя уважительный и сострадательный уход;
3. обеспечивая текущую коммуникацию относительно прогресса болезни, симптомов и других вариантов ухода;
4. удовлетворяя их потребность в уединении, психологической и эмоциональной поддержке, а также духовных и культурных потребностей;
5. помогая им и их семьям подготовиться к летальному исходу.
 |  |  |
| Стандарт 18.0 | 18.0 АНЕСТЕЗИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**Анестезия и хирургическое лечение предоставляется пациенту на своевременной и безопасной основе в целях удовлетворения его определенных нужд.** | **18.0 МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**Медицинская документация составляется своевременно и способствует преемственности медицинской помощи. | «Медицинская документация» обозначена стандартом 18.0 в связи с важностью своевременного составления медицинской документации и преемственности медицинской помощи. |
|  | 18.1 | Анестезия (в том числе и глубокая седация) и хирургические услуги выполняются квалифицированными специалистами в соответствии с письменными политиками и процедурами и доступны в рабочее время, а также принимаются меры для оказания неотложной помощи в нерабочее время. | 18.1 В медицинских картах применяются утвержденные медицинской организацией в установленном порядке формы медицинской документации, и определяется, какие сотрудники вносят записи в медицинскую карту. \* |  |
|  | 18.2 | Каждый пациент:1. перед анестезией оценивается квалифицированным специалистом;
2. осматривается непосредственно перед вводным наркозом;
3. получает информацию о возможных рисках и преимуществах анестезии и альтернативных тактиках.
 | 18.2 Все проведенные процедуры, методы лечения, каждая доза принятого лекарственного средства своевременно документируются в медицинской карте пациента. \* |  |
|  | 18.3 | Физиологическое состояние пациента во время анестезии находится под непрерывным контролем анестезиолога и после анестезии в послеоперационной палате за пациентом ведет наблюдение квалифицированная медсестра. | 18.3 Каждая запись в медицинской карте подписывается автором записи и включает дату и время. \* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 18.4 | Запись течения анестезии/ седации включает:1. информацию по введенным пациенту лекарственным препаратам, жидкостям, препаратам крови и кровезаменителям;
2. информацию о фактически использованных анестезиологических препаратах;
3. любые осложнения анестезиологического пособия;
4. время начала и окончания анестезии;
5. фамилию и подпись анестезиолога или квалифицированного врача.
 | 18.4 В медицинских картах используются аббревиатуры, символы только из утвержденного списка и записи ясны, читабельны для пользователей. \* |  |
|  | 18.5 | На основании документирования результатов мониторинга состояния во время восстановления, пациент переводится квалифицированным специалистом в профильное подразделение, а время поступления, выписки или перевода фиксируется. | 18.5 Содержание медицинской карты стандартизуется. Проводится аудит качества, своевременности и полноты записей в медицинских картах (смотреть критерий 8.3) \* |  |
|  | 18.6 | Каждый этап анестезиологического пособия записывается в медицинской карте пациента. |  |  |
|  | 18.7 | Хирургическая помощь планируется и документируется на основании результатов предоперационной оценки, предоперационного диагноза и обсуждения с пациентом и семьей метода, тактики, предполагаемого объема, возможных рисков и альтернативных методов лечения. |  |  |
|  | 18.8 | Персонал работает по определенным процедурам с целью обеспечения безопасности пациента во время операции, включая:1. верификацию соответствующих документов и проверку требуемого функционирующего оборудования перед началом оперативного или инвазивного вмешательства;
2. проведение идентификации пациента, верификацию планируемой процедуры и участка вмешательства непосредственно перед началом хирургической или инвазивной процедуры;
3. нанесение маркировки с участием пациента на месте предполагаемой хирургической операции либо инвазивной процедуры;
4. ведение документированного учета точного количества мягкого и твердого инвентаря до и после оперативного вмешательства.
 |  |  |
|  | 18.9 | До перевода пациента из послеоперационной палаты в профильное отделение в медицинской карте производится подробный письменный отчет о хирургическом вмешательстве, включающий:1. описание хирургической процедуры;
2. результаты;
3. информацию о взятии образцов ткани;
4. ФИО хирурга и ассистентов, операционной сестры.
 |  |  |
|  | 18.10 | Коэффициент использования проверочных листов по хирургической безопасности, рекомендованных ВОЗ:1. оценивается за определенный период времени;
2. анализируется для возможных действий;
3. доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
 |  |  |
|  | 18.11 | Коэффициент необоснованного использования наркотических препаратов:1. оценивается за определенный период времени;
2. анализируется для возможных действий;
3. доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
 |  |  |
| Стандарт 19.0 | 19.0 ЛАБОРАТОРНАЯ СЛУЖБА**Объем лабораторных услуг в медицинской организации четко определен** | **19.0 АНАЛИЗ ДАННЫХ**Проводится проверка достоверности и статистический анализ данных. | Разработан новый стандарт по проведению проверки достоверности и статистического анализа данных. Валидация данных обеспечивает достоверность отчетов, предоставляемых в места их требования.  |
|  | 19.1 | Оказываемые услуги и их организация четко описаны и могут включать в себя:гистопатологию и цитологию,клиническую химию,гематологию,микробиологию (бактериологию),паразитологию,диагностическую иммунологию и серологию,радиоиммуноанализ,общую клинику,молекулярно-биологический (включает генетический) анализ,химико- токсикологический анализ,вирусологию. | 19.1 Первый руководитель организации осуществляет контроль достоверности публикуемых и предоставляемых во внешние организации данных. |  |
|  | 19.2 | Правила и процедуры устанавливают мероприятия в рамках лабораторной службы | 19.2 Сотрудники, проводящие проверку достоверности (валидацию) данных, обучаются методике валидации данных.  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Система управления качеством в лаборатории** | 19.5 В медицинской организации определены ответственные лица по статистическому анализу собираемых данных и своевременному предоставлению их заинтересованным сторонам |
|  | 19.3 | Проводится регулярный мониторинг стандартов ISO по принципу самооценки. | 19.3 При разработке новых индикаторов проводится проверка достоверности (валидация) данных вторым лицом. \* |  |
|  | 19.4 | План повышения качества подготовлен и реализован, а также основан на результатах мониторинга и контроля качества стандартов ISO. | 19.4 Ответственный работник проводит свод данных по индикаторам для включения в квартальные отчеты для руководства (смотреть критерии 1.4 и 2.4). \*\* |  |
|  | **Руководство лаборатории** |  |  |
|  | 19.5 | Руководитель лабораторной службы имеет соответствующую квалификацию (включая клинические и управленческие требования). | 19.5 В медицинской организации определяются ответственные лица по статистическому анализу собираемых данных и своевременному предоставлению их заинтересованным сторонам |  |
|  | 19.6 | Описание должностных обязанностей руководителя лабораторной службы определяет следующие обязанности:1. обзор клинической и технической компетентности персонала;
2. передача полномочий, если применимо;
3. участие в разборе жалоб;
4. консультативная помощь при оценке нового оборудования;
5. оказание консультативной помощи по клиническим и техническим процедурам, современной наилучшей практике для клинического и технического персонала;
6. организация разработки всех клинических и технических правил, процессов и процедур;
7. несет ответственность за создание и функционирование системы управления качеством лабораторных услуг.
 |  |  |
|  | 19.7 | Руководитель лабораторной службы обеспечивает функционирование системы управления качеством лабораторных услуг. |  |  |
|  | 19.8 | Руководитель лабораторной службы обеспечивает, чтобы все лабораторные услуги предоставлялись в соответствии с установленными правилами и процедурами оказания услуг. |  |  |
|  | 19.9 | Руководитель лабораторной службы обеспечивает, чтобы проводился непрерывный мониторинг качества и выполнялся текущий план повышения качества. |  |  |
|  | **Ресурсы, имеющиеся для оказания качественных лабораторных услуг** |  |  |
|  | 19.10 | Имеется надлежащая численность компетентного персонала, способного оказывать объем услуг лаборатории. |  |  |
|  | 19.11 | Имеется надлежащее оборудование для оказания объема услуг лаборатории, а также определены процедуры использования оборудования:* + 1. отбор;
		2. квалификация, включая установку, работу и результативность;
		3. идентификация и использование;
		4. техническое обслуживание;
		5. калибровка;
		6. система сигнализации, если применимо;
		7. информационные системы, включая системы электронной записи;
		8. система обеспечения бесперебойного электропитания оборудования.
 |  |  |
|  | 19.12 | Здание и инфраструктура лаборатории соответствуют для безопасного оказания объема услуг лаборатории. |  |  |
| Стандарт 20.0  | 20.0 СЛУЖБА ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ**Услуги по переливанию крови оказываются своевременно и безопасным путем и соответствуют выявленным потребностям пациента.** | **20.0 ШТАТНОЕ РАСПИСАНИЕ**Штатное расписание соответствует организационной структуре, миссии и деятельности организации. | Критерии 8.2, 8.3 выделены в отдельный стандарт, так как штатное расписание должно соответствовать организационной структуре, миссии и деятельности организации и способствовать оказанию качественной медицинской помощи |
|  | **Информированное согласие реципиента** |   |  |
|  | 20.1 | Штатное расписание соответствует организационной структуре и деятельности организации. | 20.1 Штатное расписание медицинской организации, согласованное с руководителями структурных подразделений утверждается руководством медицинской организации в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан \*\* \*\*\* |
|  | **Обоснованность применения донорской крови и ее компонентов в лечебных целях.** |   |  |
|  | 20.2 | Поддерживается актуальность, точность и полноценность карт реципиентов, в которых содержится обоснование и мониторинг процедуры переливания крови и ее компонентов:1. доказательства осуществления плана лечения и ухода;
2. детали и исходы переливания;
3. предоставленная реципиенту информация и полученное согласие;
4. любые изменения в состоянии здоровья пациента;
5. реакции на лечение;
6. любые потенциально опасные ситуации, инциденты или неблагоприятные события, например, побочные эффекты при переливании.
 | 20.2 Штатное расписание соответствует организационной структуре и деятельности организации. |
|  | **Отклонения, несоответствия и неблагоприятные события** |   |
|  | 20.3 | Имеются механизмы реагирования на любые отклонения, несоответствия и неблагоприятные события, имеющие отношение к переливанию крови и ее компонентов:1. механизмы включают оценку и отчетность по подобным случаям;
2. руководитель организации несет ответственность за разработку процедур отчетности по неблагоприятным событиям.
 | 20.3 В медицинской организации разработаны штатное расписание и квалификационные требования к должностям с учетом рекомендаций профессиональной практики для оказания качественной медицинской помощи. |  |
|  | 20.4 | Процедура должна включать шаги по распознаванию, оценке и расследованию, которые необходимо предпринимать при различных типах неблагоприятных событий, имеющих отношение к переливанию крови и ее компонентов:1. немедленная реакция при переливании крови и ее компонентов;
2. реакция замедленного типа при переливании крови и ее компонентов;
3. заболевания, передающиеся при переливании крови и ее компонентов.
 | 20.4 Штатное расписание пересматривается на основании заявок руководителей структурных подразделений один раз в год. |  |
|  | 20.5 | Служба переливания крови несет ответственность за разработку политики, процессов и процедур по выявлению реципиентов, получивших некачественную кровь в прошлом (в анамнезе), и оповещает врача реципиента. | 20.5 На каждый вид должности, включая внештатных работников, совместителей, консультантов, слушателей резидентуры, утверждается должностная инструкция с указанием квалификационных требований (образование, обучение, знания, навыки и опыт) и функций, специфичных для данной должности. \*\* |  |
|  | **Безопасная среда для оказания услуг по трансфузиологии** |  |  |
|  | 20.6 | Персонал надлежащим образом обучен процедурам по обеспечению безопасности услуг по трансфузиологии. |  |  |
|  | 20.7 | Окружающая среда медицинской организации обеспечивает безопасное оказание услуг по трансфузиологии. |  |  |
|  | 20.8 | Имеются соответствующее оборудование и расходные материалы, предназначенные для хранения крови и ее продуктов и для проведения процедур по трансфузиологии. |  |  |
|  | **Политики и процедуры по трансфузиологии** |  |  |
|  | 20.9 | Служба переливания крови разрабатывает политику, процессы и процедуры по управлению запасами донорской крови и ее компонентов. |  |  |
|  | 20.10 | Служба переливания крови разрабатывает политику, процессы и процедуры по предтрансфузионному тестированию для аллогенного и аутологичного переливания донорской крови и ее компонентов, включающие подтверждение группы крови и резус принадлежности, тестирование на нежелательные клинически значимые антиэритроцитарные антитела, проведение серологической совместимости между образцами крови реципиента и эритроцитами донора. |  |  |
|  | 20.11 | Служба переливания крови разрабатывает политику, процессы и процедуры, включающие требования к:1. сбору и хранению образцов крови реципиентов;
2. идентификации реципиента;
3. идентификации образца крови реципиента не менее двумя независимыми идентификаторами;
4. документированию даты, времени и лица, производившего сбор;
5. порядку оформления запроса на донорскую кровь и ее компоненты, который подписывается уполномоченным лицом
 |  |  |
|  | 20.12 | Служба переливания крови разрабатывает политику, процессы и процедуры по предтрансфузионному тестированию при переливании донорской крови и ее компонентов новорожденным. |  |  |
|  | 20.13 | Служба переливания крови разрабатывает политику, процессы и процедуры по применению донорской крови и ее компонентов, прошедших дополнительную обработку для обеспечения инфекционной и иммунологической безопасности (лейкофильтрация, вирусная инактивация, облучение) и показания для индивидуального подбора крови доноров. |  |  |
| Стандарт 21.0  | 21.0 МЕНЕДЖМЕНТ МЕДИКАМЕНТОВ **Управление и использование лекарственных средств является безопасным, эффективным и рациональным.** | **21.0 УПРАВЛЕНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ****Медицинская организация эффективно управляет человеческими ресурсами.** | Стандарт «Менеджмент медикаментов» действующей редакции заменен на стандарт «Управление человеческими ресурсами» в предлагаемой редакции в связи с важностью эффективного управления человеческими ресурсамимедицинской организации |
|  | 21.1 | Сертифицированный квалифицированный фармацевт доступен:1. проводит выбор, заказ, раздачу и распределение лекарственных средств;
2. контролирует фармацевтические услуги, предоставляемые медицинским персоналом;
3. проводит мониторинг назначенных лекарственных средств;
4. предоставляет консультации персоналу и пациентам.
 | 21.1 Политики или процедуры по поиску, трудоустройству, инструктажу (ориентации) и адаптации сотрудников разрабатываются в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан\*\*\* и внедряются в организации. \* |  |
|  | 21.2 | Организация использует утвержденный перечень основных лекарственных средств (лекарственный формуляр), который:1. подготовлен совместно, с учетом предоставляемых услуг, нужд пациента, научной обоснованности и экономической эффективности;
2. включает все необходимые терапевтические группы лекарственных препаратов;
3. включает списки лекарственных препаратов высокого риска, применяемых в организации;
4. доступен для медицинского персонала во всех клинических подразделениях;
5. является текущим и обновляется не менее одного раза в год.
 | 21.2 Каждый сотрудник соответствует занимаемой должности в соответствии с утвержденными руководством медицинской организации в должностной инструкции квалификационными требованиями. Копия подписанной сотрудником должностной инструкции имеется в кадровой службе. |  |
|  | 21.3 | Реанимационная сумка или тележка с лекарственными препаратами, которые могут срочно потребоваться в критических ситуациях, например, при остановке сердца:1. имеется в наличии во всех местах, где находятся пациенты;
2. когда не используется, закрыта или прикреплена к стене (в случае с тележкой);
3. укомплектована в соответствии с утвержденным перечнем;
4. доукомплектовывается после использования, включая инструкции по оказанию неотложной помощи.
 | 21.3 Руководители медицинской организации создают условия для непрерывного обучения сотрудников (например, доступ в интернет, компьютеры, тренинговый класс, библиотека и другие). |
|  | 21.4 | Заказ, хранение, использование и списание лекарственных средств, подлежащих строгому учету, регулируются в соответствии с утвержденными положениями и процедурами:1. хранение осуществляется в отдельном металлическом шкафу, прочно фиксированном к стене или полу;
2. заказ составляется уполномоченным специалистом с заполнением учетно-отчетной документации;
3. все дозы были подсчитаны и зарегистрированы в книге учета медикаментов.
 | 21.4 Определяются потребности сотрудников в обучении. Обучение проводится на базе или вне медицинской организации.  |  |
|  |  |  |  |
|  | 21.5 | Все лекарственные средства с истекшим сроком годности или списанные по иным причинам (в том числе и препараты, возвращенные пациентами, неиспользованные лекарственные средства, подлежащие строгому учету), безопасно утилизируются в соответствии с письменной процедурой. | 21.5 Руководством медицинской организации разрабатываются и внедряются политики или процедуры для мотивации персонала и укрепления корпоративного духа (смотреть критерии 6.1; 6.5; 14.5). |  |
|  | 21.6 | Медицинская организация разрабатывает подходы по повышению безопасности использования лекарственных средств:1. концентрированные лекарственные средства хранятся отдельно от других лекарственных средств с дополнительным предупреждением, напоминающим персоналу о необходимости разбавления перед использованием;
2. запрещено хранение концентрированных электролитов (включая хлорид калия, фосфат калия, хлорид натрия >0.9%, сульфат магния и др. в зонах пребывания пациентов;
3. все лекарственные средства, контейнеры для медикаментов, шприцы, системы для внутривенного вливания, поильники и др., находящиеся в стерильных зонах, маркируются;
4. внедрены и используются процессы с целью предотвращения ошибок назначения и применения препаратов высокого риска и концентрации, препаратов, имеющих схожую упаковку, или созвучных препаратов.
 |  |  |
|  | 21.7 | В медицинской организации имеется система, которая обеспечивает, что рецепты:1. выдаются только уполномоченными медицинскими работниками, имеющими право назначать рецептурные препараты (зарегистрированными практикующими врачами);
2. заполнены разборчивым почерком и должным образом подписаны врачом;
3. включают возраст и пол пациента, предварительный или подтвержденный диагноз, частоту и продолжительность приема, дозу, форму лекарственных препаратов.
 |  |  |
|  | 21.8 | Персонал следует письменной политике, включая временные рамки и способ заказа, для устных заказов медикаментов в чрезвычайных обстоятельствах, которые были согласованы медицинским, медсестринским и фармацевтическим персоналом.  |  |  |
|  | 21.9 | Все лекарственные препараты, выданные из аптеки и расфасованные, согласно этапам лекарственного менеджмента, должны, по меньшей мере, иметь следующую маркировку:1. фамилия пациента;
2. наименование лекарственного препарата и указание его концентрации;
3. срок годности;
4. принимаемая доза и частота;
5. прочие письменные инструкции по использованию, в случае необходимости.
 |  |  |
|  | 21.10 | Пациенту, включая пациента на выписку, предоставляется письменная и устная информация относительно выписанного лекарственного препарата, включая:1. стоимость, если применимо;
2. положительное действие (эффективность) и побочные эффекты;
3. риски несоблюдения инструкций;
4. безопасный и соответственный способ использования лекарственного препарата.
 |  |  |
|  | 21.11 | Имеется утвержденная больничная форма для назначений лекарственных препаратов, согласно которой назначаются все лекарственные препараты для отдельного клиента /пациента. |  |  |
|  | 21.12 | Все лекарственные препараты для отдельного пациента выписываются согласно утвержденной больничной форме для назначений лекарственного препарата и лекарственного формуляра медицинской организации:1. имя пациента и регистрационный номер;
2. дата;
3. диагноз;
4. лекарственный препарат, принимаемая доза и частота, и выдаваемое количество;
5. продолжительность приема;
6. ФИО назначившего врача и наименование структурного подразделения.
 |  |  |
|  | 21.13 | Организация определяет политику и процедуры по безопасному и точному назначению лекарственных препаратов, включая следующее:1. лекарственные препараты должны назначаться только врачами;
2. лекарственные препараты назначаются в соответствии с пятью «правильно» - правильное лекарство, правильная доза, правильный способ применения, правильное время и правильный пациент;
3. пациентов информируют относительно побочных эффектов лекарственных препаратов;
4. когда и как лекарственные препараты можно принимать самому;
5. безопасная дозировка педиатрических лекарственных препаратов в случае критической ситуации, если применимо;
6. показания к назначению парентерального питания;
7. документальное фиксирование каждой принятой дозы лекарственного препарата.
 |  |  |
|  | 21.14 | Безопасному, эффективному и экономному использованию лекарственных препаратов способствует фармацевтическая служба по мониторингу назначений посредством:1. определения несоответственного лекарственного препарата;
2. мониторинга неблагоприятных реакций;
3. мониторинга всех лекарственных препаратов с высоким риском;
4. мониторинга антибиотиков на рациональное использование;
5. мониторинга раздачи и других ошибок с медикаментами;
6. проверки адекватности маркировки лекарственных препаратов и информации на листке-вкладыше в упаковке;
7. визуального контроля лекарственных препаратов, для того, чтобы оценить их качество и сроки годности;
8. способствования назначению экономичных и недорогих лекарственных препаратов.
 |  |  |
|  | 21.15 | Коэффициент надлежащего использования профилактических антибиотиков (обязательное и своевременное введение):1. оценивается за определенный период времени;
2. анализируется для возможных действий;
3. доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
 |  |  |
|  | 21.16 | Коэффициент ошибок при назначении и предоставлении медикаментов (неправильное лекарство, неверная доза, неверное применение):1. оценивается за определенный период времени;
2. анализируется для возможных действий;
3. доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
 |  |  |
| Стандарт 22.0  | 22.0 МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА**Записи в медицинской карте пациента содержат достоверные, точные и всесторонние данные, и призваны для обеспечения безопасного и непрерывного лечения за пациентом.** | **22.0 ЛИЧНОЕ ДЕЛО СОТРУДНИКА****Личные дела сотрудников медицинской организации формируются, хранятся и обновляются в соответствии с установленными требованиями.** | Критерий 8.6, пп. 3 выделен в отдельный стандарт «Личное дело сотрудника» в связи с тем, что формирование, хранение и обновление личных дел сотрудников медицинской организации должно осуществляться в соответствии с установленными требованиями |
|  | 22.1 | Персонал следует документированному процессу управления медицинскими записями о пациентах, включающему:1. проводимые записи, включая присвоение пациентам идентификатора;
2. использование только общеизвестных символов и сокращений;
3. поддержание стандартизованного формата с целью облегчения поиска информации в медицинских записях;
4. своевременное оформление медицинской документации медицинскими сотрудниками;
5. хранение, защиту, восстановление и архивирование медицинской документации пациента.
 | 22.1 Личное дело каждого сотрудника, включая внештатных работников, совместителей, консультантов, слушателей резидентуры содержит сведения об образовании и квалификации сотрудника, в соответствии с требованиями должностной инструкции. |  |
|  | 22.2 | На каждого пациента оформляется медицинская карта, включающая всю информацию от врачей и оформленную в хронологическом порядке, благодаря которой возможна эффективная коммуникация и непрерывность лечения и ухода, включая:1. дату и время поступления;
2. оценку состояния пациента, в хирургических отделениях анестезиологическую и хирургическую оценку пациентов;
3. анамнез заболевания;
4. оформленный документально диагноз по каждой записи, сделанной другой службой;
5. клинический осмотр;
6. план лечения и ухода за пациентом, включая цели и ожидаемые результаты;
7. план последующих действий в уходе за пациентом;
8. назначения лекарственных средств;
9. планирование лечебно-диагностических исследований и интерпретация полученных результатов;
10. прочие детали ухода и лечения.
 | 22.2 Личное дело каждого медицинского работника содержит доказательство проверки подлинности у первоисточника документов об образовании и квалификации сотрудника, в соответствии с требованиями должностной инструкции. |
|  | 22.3 | Записи в медицинской карте пациента, включая изменения, вносятся только уполномоченными лицами:1. записи разборчивые;
2. записи производятся своевременно;
3. подписаны с указанием ФИО;
4. включают дату и время проводимых мероприятий;
 | 22.3 Личное дело каждого сотрудника содержит результаты оценки сотрудника, проводимые один раз в год. |  |
|  | 22.4 | В медицинской карте имеются записи, предупреждающие персонал о наличии неблагоприятного фона у пациента, таком как аллергический анамнез, неблагоприятные реакции на лекарственные средства, радиоактивная опасность и риск заражения. | 22.4 Личное дело каждого сотрудника содержит записи о проведении обучения на базе медицинской организации и вне организации. |
|  | 22.5 | В медицинской карте пациента имеется свидетельство о реализации плана лечения и ухода за пациентом, включая:1. наблюдение;
2. записи о консультациях;
3. сведения и результаты вмешательств, и полученное информированное согласие;
4. записи обо всех значительных событиях, таких как операции, изменение состояния пациента;
5. реакцию организма на лечение и уход, а также прогресс в достижении целей;
6. любые потенциально опасные происшествия, инциденты или неблагоприятные события.
 | 22.5 Личное дело каждого сотрудника стандартизуется и есть доказательство его периодической проверки работником кадровой службы. |
|  | 22.6 | Копия информации о медицинских услугах, предоставленная другим медицинским организациям и поставщикам после направления пациентов или после предоставления пациенту услуг, хранится в его медицинской карте. |  |  |
|  | 22.7 | Регулярно проводятся запланированные проверки медицинской документации с целью рассмотрения полноты, точности и своевременности заполнения. |  |  |
|  | 22.8 | Коэффициент ошибок, связанных с медицинской документацией пациентов:1. оценивается за определенный период времени;
2. анализируется для возможных действий;
3. доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
 |  |  |
|  | 22.9 | Коэффициент проведенных аудитов (службой внутреннего аудита):оценивается за определенный период времени;1. анализируется для возможных действий;
2. доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
 |  |  |
| Стандарт 23.0 | 23.0 КАЧЕСТВО ЛЕЧЕНИЯ И УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ **Организация постоянно отслеживает, оценивает и улучшает качество клинических процессов, и процессов связанных с уходом за пациентом.** | **23.0 ИНСТРУКТАЖ**Медицинская организация проводит инструктаж (ориентацию) каждого сотрудника для ознакомления с организацией. | Критерий 8.8 выделен в отдельный стандарт в связи с необходимостью разработки и внедрения политик и процедур по инструктажу каждого сотрудника для ознакомления с организацией |
|  | 23.1 | По всем лечебно-профилактическим процедурам имеются стандартные процедуры, клинические руководства, протоколы и алгоритмы, которые:1) разрабатываются на основании научных исследований и доказательств;2) утверждаются руководителем медицинской организации;3) используются для обучения и проведения аттестации персонала по выполнению процедуры;4) выполняется назначенным персоналом. | 23.1 Разрабатываются и внедряются письменные и (или) видеоматериалы для проведения инструктажа (ориентации). |  |
|  | 23.2 | Проверяется клиническое качество, а также результаты, примененные для улучшения, путем использования:1. графика экспертиз медицинских карт больного для оценки соответствия стандартам, стратегиям и процедурам;
2. разбора случаев, подлежащих обязательной экспертизе в соответствии с нормативными актами.
 | 23.2 Все штатные и внештатные сотрудники, волонтеры, совместители, консультанты, студенты, слушатели резидентуры, лица обучающиеся на базе медицинской организации проходят инструктаж и обучение для ознакомления с медицинской организацией, со своими должностными обязанностями и основными требованиями по безопасности. \*\* |
|  | 23.3 | Предоставление пациенту медицинских услуг отслеживается, результаты используются для улучшения следующих аспектов:1. времени ожидания;
2. оценки состояния пациента;
3. хирургических и инвазивных процедур;
4. использование анестезии, умеренной и глубокой седации, а также других процессов, содержащих высокий процент риска;
5. использование крови и продуктов крови;
6. наличие, содержание и ведение медицинской документации;
7. инфекционный контроль и отчетность;
8. рациональное использование антибиотиков;
9. ошибки назначения лекарственных средств и неблагоприятные реакции при использовании препаратов;
10. использование ограничений и изоляции.
 | 23.3 Инструктаж сотрудников включаетпротивопожарную безопасность, готовность к чрезвычайным ситуациям и безопасность на рабочем месте. |
|  | 23.4 | Внедрен процесс по выявлению ошибок при назначении лекарственных препаратов и информирования о неблагоприятных событиях при использовании лекарственных средств:1. информация своевременно сообщается в соответствии с установленной процедурой;
2. анализ полученных данных используется для улучшения качества с целью снижения уровня ошибок при назначении и использовании лекарственных препаратов.
 | 23.4 Инструктаж медицинских работников включает инфекционный контроль и требования по безопасной работе с медицинским оборудованием. |  |
|  | 23.5 | В медицинской организации создана Формулярная комиссия, анализирующая использование антибактериальных препаратов в лечении пациентов для определения эффективности лечения и контроля за развитием резистентности к антибиотикам, рациональным использованием лекарственных препаратов. | 23.5 Инструктаж сотрудников включает ознакомление с программой по повышению качества и безопасности пациента. |
|  | 23.6 | Показатели, разработанные для приоритетных болезней и ключевых клинических процессов, например, время ожидания, повторная госпитализация, ошибки в назначении лекарственных препаратов, уровень инфекции:1. определяются на непрерывной основе;
2. измеряются с согласованной частотой;
3. информация передается в соответствующие комитеты, руководству и персоналу;
4. определенные услуги, предоставленные за определенный промежуток времени сравниваются с исходными данными;
5. информация используются для повышения качества.
 |  |  |
|  | 23.7 | На каждый летальный случай проводится конференция с участием ключевых специалистов, задействованных в данном случае, таких как лечащий врач, заведующий отделением, руководитель организации с заместителями, патолог и представитель службы внутреннего аудита с целью:1. обсуждения данного случая;
2. анализа причин(ы) летального исхода;
3. подготовки отчета с согласованными мерами предотвращения повторного возникновения выявленных рисков.
 |  |  |
|  | 23.8 | Комиссия по изучению летальных исходов (КИЛИ):1. создается руководителем медицинской организации;
2. рассматривает и расследует все случаи смерти;
3. проводит анализ причин смерти;
4. выдает рекомендации по улучшению процессов в целях снижения числа смертности;
5. отчет представляется руководителю медицинской организации;
6. один раз в месяц и далее по мере необходимости проводится семинар с персоналом больницы о борьбе с больничной летальностью.
 |  |  |
| Стандарт 24.0 (3 версия) |  |  | **24.0 ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ НАВЫКОВ****При трудоустройстве и периодически проводится оценка знаний и клинических навыков медицинского (клинического) персонала.** | Критерий 8.6, пп. 1 выделен в отдельный стандарт в соответствии с международными требованиями к оценке знаний и клинических навыков медицинского (клинического) персонала. |
|  |  |  | 24.1 При трудоустройстве проводится оценка клинических навыков врача и утверждается список клинических привилегий врача (перечень разрешенных операций и процедур высокого риска). |  |
|  |  |  | 24.2 При трудоустройстве проводится оценка навыков среднего медицинского персонала и утверждается список компетенций в соответствии с политиками или процедурами медицинской организации |
|  |  |  | 24.3 При трудоустройстве проводится оценка навыков параклинического персонала (лаборанты, провизоры и фармацевты, инструкторы и другие) и утверждается список компетенций в соответствии с политиками или процедурами медицинской организации |
|  |  |  | 24.4 Раз в три года или чаще проводится процедура пересмотра клинических привилегий врача с учетом оценки деятельности врача, его текущей квалификации (знаний, образования, навыков и опыта), исходов лечения, в том числе неблагоприятных исходов и других сведений. \*При несоответствии компетенций врача ожиданиям в должностной инструкции, показателям работы или уровню квалификации, рассматривается вопрос отстранения врача от клинической практики в данной организации (ограничение привилегий) или направление на обучение или менторство. |
|  |  |  | 24.5. Ежегодно проводится переоценка компетенций параклинического персонала и среднего медицинского персонала. |  |
| Стандарт 25.0 (3 версия) |  |  | **25.0 ЕЖЕГОДНАЯ ОЦЕНКА СОТРУДНИКОВ****Один раз в год проводится оценка работы каждого сотрудника в соответствии с утвержденными политиками или процедурами организации.** | Критерий 8.10 выделен в отдельный стандарт в связи с важностью проведения оценки работы каждого сотрудника, в соответствии с утвержденными политиками и процедурами организации для качественного выполнения профессиональных обязанностей |
|  |  |  | 25.1 Утверждаются политики или процедуры оценки работников и форма оценки сотрудников.Форма оценки врача-клинициста (врач, который проводит осмотр или лечение пациента) должна включать критерии:1) Лечение и уход (врач оказывает эффективную и целесообразную медицинскую помощь)2) Клинические знания (врач владеет нужными знаниями, применяет эти знания в работе)3) Повышение квалификации (врач улучшает свою клиническую практику и знания) 4) Личные качества и коммуникабельность (врач поддерживает профессиональные взаимоотношения с пациентами и коллегами) 5) Этическая практика (врач относится к пациенту с состраданием, уважением к пациентам из разных социальных и культурных слоев)6) Системное мышление (врач проявляет активность и гибкость в использовании нужных ресурсов)7) Бережливое отношение к ресурсам (врач целесообразно и своевременно назначает ЛС, исследования, консультации). |  |
|  |  |  | 25.2 При оценке врачей, среднего медицинского персонала и других работников, определенных организацией, учитываются показатели работы (индикаторы деятельности) и эти показатели содержатся в личных делах. |
|  |  |  | 25.3 Заполненная форма оценки сотрудника хранится в личном деле. Сотрудник ознакомлен с результатами оценки его (ее) работы. |
|  |  |  | 25.4 Результаты оценки определяют соответствие сотрудника, включая внештатных работников, совместителей, консультантов, слушателей резидентуры, занимаемой должности в соответствие с установленными требованиями законодательными актами Республики Казахстан \*\*\*. |
|  |  |  | 25.5 Проводится оценка профессиональных компетенций сотрудников (смотреть критерии 24.4 и 24.5). |
| Стандарт 26.0 (3 версия) |  |  | **26.0 ЗДОРОВЬЕ И БЕЗОПАСНОСТЬ СОТРУДНИКОВ****Здоровье и безопасность сотрудников медицинской организации поддерживаются в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан. \*\*\*** | Стандарт разработан в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан для обеспечения здоровья и безопасности сотрудников медицинской организации |
|  |  |  | 26.1 Медицинская организация предоставляет (или обеспечивает) сотрудникам защитную одежду и защитные средства (включая средства для радиационной безопасности) и идентификационные бейджи на рабочем месте. |  |
|  |  |  | 26.2 Внешняя организация раз в пять лет проводит оценку рабочих мест в медицинской организации в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан. \*\*\* |
|  |  |  | 26.3 Медицинская организация проводит мониторинг рабочей нагрузки, психологическую поддержку сотрудников для минимизации стресса и его контроля (например, антистрессовая комната, комната духовного уединения и другие). \* |
|  |  |  | 26.4 Медицинская организация создает условия и проводит мероприятия для сотрудников по продвижению здорового образа жизни (например, тренажерный зал, мероприятия направленные против курения и другие) \*\* |
|  |  |  | 26.5 Медицинская организация защищает сотрудников от производственных опасностей (включая радиацию, обращение с химическими и (или) опасными материалами и другие) и принимает меры по предотвращению травматизма сотрудников \*\* |
| Стандарт 27.0  |  |  | **27.0 КОНТРАКТНЫЕ РАБОТНИКИ****Медицинские работники, не состоящие в штатном расписании организации** **(внештатные специалисты), имеют соответствующее предоставляемым ими услугам образование и квалификацию.** | Разработан новый стандарт в связи с необходимостью контроля и мониторинга деятельности внештатных сотрудников с целью повышения качества медицинских услуг и безопасности пациентов |
|  |  |  | 27.1 Каждый внештатный сотрудник соответствует утвержденным квалификационным требованиям и копия подписанной должностной инструкции или договора на оказание услуг имеется в кадровой службе (смотреть критерии 21.2 и 22.1) \*\* |  |
|  |  |  | 27.2 Личное дело каждого внештатного медицинского работника содержит доказательство проверки подлинности у первоисточника документов об образовании и квалификации (смотреть критерий 22.2) \*\* |
|  |  |  | 27.3 При трудоустройстве проводится оценка клинических навыков каждого внештатного медицинского работника врача и утверждается список клинических привилегий или список компетенций (смотреть критерии 24.1; 24.2 и 24.3) \*\* |
|  |  |  | 27.4 Один раз в год проводится оценка качества работы каждого внештатного сотрудника, и форма оценки хранится в личном деле (смотреть стандарт 25) \*\* |
|  |  |  | 27.5 Результаты оценки качества работы внештатного сотрудника применяются для повышения качества услуг организации |
| Стандарт 28.0  |  |  | **28.0 МОНИТОРИНГ ДОГОВОРОВ****Руководители медицинской организации контролируют качество представляемых по договору услуг и товаров.** | Критерий 11.4 выделен в отдельный стандарт в связи с необходимостью контроля за исполнением договоров, влияющих на качество оказания медицинской помощи и безопасности пациентов |
|  |  |  | 28.1 Руководителем медицинской организации определяются ответственные лица по курации договоров о предоставлении услуг или товаров для медицинской организации |  |
|  |  |  | 28.2 В каждом договоре прописываются требования к объему и качеству предоставляемых услуг или товаров, а также квалификационные требования к контрактной организации или ее исполнителям \*\* |
|  |  |  | 28.3 В каждом договоре прописываются индикаторы, на основании которых медицинская организация проводит мониторинг договора и оценку качества услуг или товаров поставщика \*\*Поставщики вовлекаются в планирование услуг и согласование индикаторов их работы. |
|  |  |  | 28.4 Результаты мониторинга договоров на основе индикаторов доводятся до сведения руководства медицинской организации не реже одного раза в год (смотреть критерий 28.1) \*\* |
|  |  |  | 28.5 При несоответствии качества услуг или товаров поставщика ожиданиям медицинской организации, принимаются меры по устранению несоответствий, вплоть до расторжения договора с поставщиком |
| Стандарт 29.0  |  |  | **РАЗДЕЛ C: УПРАВЛЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТЬЮ** **Инфекционный контроль.** **29.0 КОМИССИЯ ПО ИНФЕКЦИОННОМУ КОНТРОЛЮ****Комиссия по инфекционному контролю и сотрудник(и) по инфекционному контролю координируют выполнение программы или политик по инфекционному контролю** | Критерий 14.2 выделен в стандарт 29.0. так как критерии данного стандарта указывают на конкретные действия в координации выполнения программы и правил по инфекционному контролю |
|  |  |  | 29.1 Ежегодно медицинская организация проводит анализ системы инфекционного контроля, включающего оценку рисков \*\* |  |
|  |  |  | 29.2 На основании оценки рисков, руководством медицинской организации разрабатывается и утверждается ежегодный план работы (план мероприятий) по инфекционному контролю, включающий достижимые, измеримые задачи для снижения рисков \*\* |
|  |  |  | 29.3 Проводится мониторинг инфекций, связанных с оказанием медицинских услуг (внутрибольничные инфекции) включая внутрибольничные инфекции по видам: пневмония в связи с использованием дыхательной трубки, инфекции кровеносного русла в связи с применением катетеров, инфекции мочевых путей, инфекции послеоперационной раны, резистентные микроорганизмы и другие приоритетные для организации инфекции \*\* |  |
|  |  |  | 29.4 Комиссия по инфекционному контролю просматривает собранные данные по внутрибольничным инфекциям и их анализ (индикаторы по внутрибольничным инфекциям, а также разбор индивидуальных случаев внутрибольничной инфекции) и применяет данные по инфекциям для повышения безопасности пациента \*\* |
|  |  |  | 29.5 Один раз в квартал персонал и руководство информируются о результатах мониторинга индикаторов по инфекционному контролю и рекомендациях для улучшения |
| Стандарт 30.0  |  |  | **30.0 ПРОГРАММА ПО ИНФЕКЦИОННОМУ КОНТРОЛЮ****В медицинской организации разрабатывается и внедряется программа по инфекционному контролю** | Данный стандарт по внедрению в медицинской организации программы по инфекционному контролю должен разрабатываться в соответствии с установленными требованиями законодательных актов Республики Казахстан. Значимость и важность данного стандарта в эффективном выполнении программы по инфекционному контролю |
|  |  |  | 30.1 Программа по инфекционному контролю разрабатывается и утверждается руководством медицинской организации в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан \*\*\* |  |
|  |  |  | 30.2 Программа по инфекционному контролю разрабатывается в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан \*\*\*, рекомендациями Всемирной Организации Здравоохранения (Основные компоненты для программ профилактики инфекций и инфекционного контроля. Второе совещание Неформальной сети по профилактике инфекций и инфекционному контролю в здравоохранении, 26-28 июня 2008 г., Женева, Швейцария) или других профессионально признанных источников, основанных на доказательной медицине \* |
|  |  |  | 30.3 Программа по инфекционному контролю пересматривается ежегодно |
|  |  |  | 30.4 Результаты инфекционного контроля своевременно предоставляются в уполномоченные органы в соответствии с требованиями законодательных актов Республики Казахстан \*\*\* |
|  |  |  | 30.5 Руководство предоставляет ресурсы для эффективного выполнения программы по инфекционному контролю |
| Стандарт 31.0  |  |  | **31.0 ПОЛИТИКИ И ПРОЦЕДУРЫ ПО ИНФЕКЦИОННОМУ КОНТРОЛЮ Медицинская организация разрабатывает, утверждает и внедряет политики или алгоритмы в области инфекционного контроля.** | Критерий 14.8 выделен в отдельный стандарт 31.0 в связи с важностью деятельности в области инфекционного контроля по утвержденным медицинской организацией политикам, процедурам и алгоритмам |
|  |  |  | 31.1 В медицинской организации внедряются политики, процедуры и (или) алгоритмы по универсальным мерам предосторожности с четкими показаниями, когда и как использовать средства индивидуальной защиты \* |  |
|  |  |  | 31.2 Политики, процедуры или алгоритмы в области инфекционного контроля разрабатываются на основе законодательных актов Республики Казахстан\*\*\*, и по возможности, доказательной базы из профессиональной литературы |
|  |  |  | 31.3 В медицинской организации имеется достаточное количество средств индивидуальной защиты (смотреть критерий 30.5) |
|  |  |  | 31.4 В местах обработки рук в зависимости от уровня обработки рук имеется достаточное количество раковин с проточной водой, мыла, антисептиков, салфеток или других средств для сушки рук (смотреть критерий 30.5) |
|  |  |  | 31.5 Средства индивидуальной защиты используются персоналом правильно, в соответствии с политиками и алгоритмами организации |
| Стандарт 32.0  |  |  | **32.0 ДЕЗИНФЕКЦИЯ, СТЕРИЛИЗАЦИЯ И ПРАЧЕЧНАЯ****Чистка (уборка), дезинфекция, стерилизация и обращение с бельем проводятся с минимизацией риска инфекций согласно законодательных актов Республики Казахстан. \*\*\*** | Критерий 14.12 выделен в стандарт 32.0 Стандарт разработан для оценки дезинфекции, стерилизации и прачечной в связи с необходимостью минимизации риска распространения инфекций |
|  |  |  | 32.1 Чистка (уборка), дезинфекция помещений и поверхностей проводятся с минимизацией риска инфекций. Сотрудники соблюдают утвержденные политики или процедуры по чистке (уборке), дезинфекции помещений и поверхностей \*\* |  |
|  |  |  | 32.2 Одноразовые изделия утилизируются (не используются) после использования в соответствии с политиками или процедурами организации \* |
|  |  |  | 32.3 Стерилизация проводится с минимизацией риска инфекций и с соблюдением процесса от «грязной» к «чистой» зоне. Сотрудники соблюдают утвержденные политики или процедуры по стерилизации (сбор, транспортировка, учет, укладка, чистка, стерилизация, упаковка, маркировка, доставка, хранение инструментов). \* |
|  |  |  | 32.4 Качество стерилизации мониторируется с применением химических и биологических индикаторов \*\* |
|  |  |  | 32.5 Обращение с чистым и грязным бельем, стирка белья проводится с минимизацией риска кросс-инфекции, риска контаминации и риска для здоровья персонала. Сотрудники соблюдают утвержденные политики или процедуры по обращению с бельем (сбор, транспортировка, передача, стирка, глажка, учет, раздача, применение). \* |
| Стандарт 33.0  |  |  | **33.0 МЕДИЦИНСКИЕ ОТХОДЫ** **Организация обеспечивает безопасное обращение с отходами.** | Выделен в отдельный стандарт, так как безопасное обращение с отходами необходимо для обеспечения безопасности пациентов и сотрудников медицинской организации и окружающей среды |
|  |  |  | 33.1 В медицинской организации внедряются процедуры или алгоритмы по обращению с медицинскими отходами, включая безопасное обращение с острыми, колющими и режущими отходами и классификацию всех отходов, разработанные на основании законодательных актов Республики Казахстан \* \*\*\* |  |
|  |  |  | 33.2 Помещение для централизованного сбора отходов содержится в чистоте при помощи достаточного количества закрытых мусорных контейнеров и регулярного опустошения контейнеров от мусора, с достаточной вентиляцией воздуха и при необходимости, c соблюдением определенного температурного режима |
|  |  |  | 33.3 Отходы утилизируются безопасным образом в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан \*\*\*; острые, колющие и режущие предметы утилизируются в специальных контейнерах для безопасного сбора и утилизации отходов |
|  |  |  | 33.4 Остатки и компоненты крови, биологические жидкости, ткани организма хранятся и утилизируются с минимизацией риска инфицирования в маркированных контейнерах согласно классификации отходов, с соблюдением температурного режима и сроков временного хранения  |
|  |  |  | 33.5 Персонал обучается политикам и процедурам по обращению с медицинскими отходами и соблюдает их на практике \*\* |
| Стандарт 34.0  |  |  | **34.0 ПИЩЕБЛОК****Медицинская организация минимизирует риск инфекций при приготовлении пищи** | Данный стандарт охватывает весь объем работы по минимизации риска инфекций в связи с приготовлением пищи |
|  |  |  | 34.1 Обращение с продуктами питания на всех этапах соответствует требованиям законодательных актов Республики Казахстан\*\*\*и обеспечивается их безопасность |  |
|  |  |  | 34.2 Продукты питания хранятся с соблюдением санитарно-гигиенических норм Республики Казахстан\*\*\*, включая температурный режим, влажность, защиту от света, вентиляцию, сроки хранения и защиту от кражи |
|  |  |  | 34.3 Приготовление пищи происходит с соблюдением санитарно-гигиенических норм Республики Казахстан\*\*\*, включая температурный режим, деление на зоны (сырая, готовая продукция)  |
|  |  |  | 34.4 Проводятся меры по санитарно-гигиенической обработке поверхностей, посуды, предметов, продуктов питания для предотвращения кросс-инфекций в пищеблоке и других местах приготовления пищи |
|  |  |  | 34.5 Сотрудники пищеблока обучаются процедурам или алгоритмам работы \*\* |
| Стандарт 35.0  |  |  | **35.0 ИНЖЕНЕРНЫЕ СИСТЕМЫ И РЕМОНТНЫЕ РАБОТЫ****Инфекционный контроль поддерживается инженерными системами, а также при проведении ремонтных работ.** | Разработан новый стандарт в связи с тем, что инженерные системы и ремонтные работы влияют на инфекционную безопасность медицинской организации и на качество оказания медицинских услуг |
|  |  |  | 35.1 В местах, где необходима асептическая рабочая зона (микробиологическая, патологоанатомическая лаборатории, места разведения цитостатических лекарственных средств) устанавливаются ламинарные боксы  |  |
|  |  |  | 35.2 В палатах для изоляции пациента с воздушно-капельной инфекцией система вентиляции поддерживает отрицательное давление (воздух вдувается из коридора в палату)  |
|  |  |  | 35.3 В операционных комнатах, лабораториях катетеризации (рентген-операционных) и палатах для пациентов после трансплантации система вентиляции поддерживает положительное давление (воздух выдувается из комнаты в коридор)  |
|  |  |  | 35.4 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 \* |
|  |  |  | 35.5 Все ремонтные, строительные работы согласовываются письменно с сотрудникомпо инфекционному контролю, который контролирует соблюдение требований по инфекционному контролю для предотвращения инфицирования пациента в результате ремонтно-строительных работ \*\* |
| Стандарт 36.0) |  |  | **36.0 ПРОЦЕДУРА ИЗОЛЯЦИИ** **В медицинской организации разрабатываются и внедряются политики и процедуры по изоляции (инфекционного) пациента.** | Критерий 14.6 выделен в отдельный стандарт 35.0, который прописывает политики и процедуры по изоляции (инфекционного) пациента с целью обеспечения безопасности пациентов и сотрудников медицинской организации |
|  |  |  | 36.1 Процедура по изоляции инфекционного пациента прописывается ясно; персонал обучается ей и соблюдает ее \* |  |
|  |  |  | 36.2 В медицинской организации есть палата с отрицательным давлением для пациента с воздушно-капельной инфекцией или процедура по переводу таких пациентов в другую организацию  |
|  |  |  | 36.3 Процедура изоляции включает строгое соблюдение гигиены рук, показанные в таком случае средства индивидуальной защиты и визуальный знак для информирования любого, кто входит в зону нахождения инфекционного пациента |
|  |  |  | 36.4 Для пациентов с инфекцией проводится обучение пациента и членов семьи по инфекционному контролю, включая гигиену рук и требования при изоляции \*\* |
|  |  |  | 36.5 Уборка, обработка помещения и предметов во время нахождения инфекционного пациента и после его выписки проводятся согласно санитарно-эпидемиологических требований Республики Казахстан\*\*\* |
| Стандарт 37.0  |  |  | **37.0 ОБУЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛА ПО ИНФЕКЦИОННОМУ КОНТРОЛЮ****Медицинская организация проводит непрерывное обучение персонала по инфекционному контролю.** | Выделен в отдельный стандарт в связи с необходимостью обучения персонала по инфекционному контролю, влияющему на безопасность пациентов и сотрудников медицинской организации |
|  |  |  | 37.1 Ежегодно каждый медицинский работник обучается в области инфекционного контроля \*\* |  |
|  |  |  | 37.2 Ежегодно тестируются знания медицинских работников в области инфекционного контроля |
|  |  |  | 37.3 Обучение по инфекционному контролю проводится для немедицинских работников, арендаторов помещения, студентов, курсантов, слушателей резидентуры, волонтеров\*\* |
|  |  |  | 37.4 Проводится обучение пациентов, членов семьи пациента и посетителей по профилактике и контролю инфекций (смотреть критерий 36.4) |
|  |  |  | 37.5 Дополнительно обучается персонал в ответ на инциденты, случаи внутрибольничной инфекции, ухудшение показателей индикаторов по мониторингу инфекционного контроля (смотреть критерий 29.5) |
| Стандарт 38.0  |  |  | **Безопасность здания****38.0 КОМИССИЯ ПО БЕЗОПАСНОСТИ ЗДАНИЙ****В организации внедряется программа по безопасности зданий, выполнение которой координирует Комиссия по безопасности зданий.** | Выделен в отдельный стандарт, указывающий на внедрение программы по безопасности зданий, выполнение которой координирует Комиссия по безопасности зданий. |
|  |  |  | 38.1 Создается и работает Комиссия по безопасности зданий, которая координирует действия для поддержания безопасности зданий и окружающей среды \*\* |  |
|  |  |  | 38.2 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 \* |
|  |  |  | 38.3 Программа по безопасности зданий пересматривается ежегодно с определением приоритетных на каждый год направлений работы в виде ежегодной оценки рисков \* |
|  |  |  | 38.4 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 \*\* |
|  |  |  | 38.5 Медицинская организация ежегодно направляет отчет в Управляющий орган о выполнении Программы по безопасности зданий с указанием проведенных ключевых работ и существующих проблем (рисков) безопасности зданий и окружающей среды \*\* |
| Стандарт 39.0  |  |  | **39.0 БЕЗОПАСНОСТЬ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ** **Окружающая среда медицинской организации является безопасной и комфортной для пациентов, персонала и посетителей** (смотреть критерий 38.2). \* | Выделен в отдельный стандарт, указывающий на то, что медицинская организация обеспечивает безопасность окружающей среды для пациентов, персонала и посетителей |
|  |  |  | 39.1 Здания и окружающая среда в медицинской организации соответствуют требованиям законодательных актов Республики Казахстан (строительные нормы и политика, санитарные нормы, процедуры и другие)\*\*\*  |  |
|  |  |  | 39.2 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) |
|  |  |  | 39.3 Здания и помещения, инженерные системы, оборудование соответствуют установленным требованиям законодательных актов Республики Казахстан, \*\*\* регулярно инспектируются (тестируются), с последующей документацией результатов проведенной инспекции |
|  |  |  | 39.4 Здания и помещения, инженерные системы, оборудование и прочие предметы регулярно обновляются и поддерживаются на безопасном уровне |
|  |  |  | 39.5 При обнаружении значительных рисков для сотрудников, пациентов, посетителей или для окружающей среды, руководство предпринимает надлежащие действия по выделению средств, информированию заинтересованных сторон и снижению рисков  |  |
| Стандарт 40.0  |  |  | **40.0 ОХРАНА И ЗАЩИТА****Обеспечивается охрана и защита здания и территории медицинской организации** (смотреть критерий 38.2) \* | Критерий 38.2 выделен в отдельный стандарт. Охрана и защита здания и территории медицинской организации обеспечивает безопасность сотрудников и пациентов, влияя на качество оказания медицинской помощи |
|  |  |  | 40.1 Все сотрудники, внештатные и контрактные работники, студенты, слушатели резидентуры, лица, обучающиеся на базе медицинской организации и арендаторы идентифицируются в соответствии с утвержденными руководством медицинской организации политиками или процедурами (смотреть критерий 26.1) |  |
|  |  |  | 40.2 Проводится мониторинг (видеонаблюдение и (или) обход) здания и территории с целью защиты и охраны |
|  |  |  | 40.3 Документируется периодический обход (инспекция) здания и передача дежурства между сотрудниками охранной службы \*\* |
|  |  |  | 40.4 Ограничивается вход посторонних в стационарные отделения, режимные отделения (например, операционный блок и реанимационное отделение), а также зоны контроля инженерных, коммунальных систем |
|  |  |  | 40.5 Сотрудники охранной службы обучаются действиям при чрезвычайных ситуациях (при кодах по безопасности), а также оказанию первой помощи \*\* |
| Стандарт 41.0  |  |  | **41.0 ПОЖАРНАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ****Внедряется программа по снижению риска пожара и задымления** (смотреть критерий 38.2) \* | Соответствие стандарта требованиям законодательных актов Республики Казахстан и обеспечение безопасности пациентов и сотрудников организации |
|  |  |  | 41.1 Функционирует система раннего выявления пожара; в достаточном количестве имеются исправные средства для пожаротушения, которые регулярно инспектируются и при необходимости обновляются  |  |
|  |  |  | 41.2 Инспекция, тестирование и поддержание средств и систем для раннего выявления и тушения пожара документируется \*\* |
|  |  |  | 41.3 Для безопасной эвакуации из здания при пожаре и других чрезвычайных ситуациях, пути эвакуации не загромождаются; в достаточном количестве имеются и видны указатели  |
|  |  |  | 41.4 Для ограничения распространения дыма и огня, в соответствии с установленными требованиями: противопожарные двери плотно прикрываются, противопожарные перегородки не имеют щелей, используются огнеупорные материалы, минимизируется использование возгораемых материалов |
|  |  |  | 41.5 Сотрудники раз в год проходят практическое учение по пожарной безопасности для проверки готовности в случае пожара и задымления (смотреть критерий 47.2) \*\* |
| Стандарт 42.0  |  |  | **42.0 ДРУГИЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ СИТУАЦИИ****Внедряется программа по снижению риска прочих чрезвычайных ситуаций** (смотреть критерий 38.2) \*  | Стандарт соответствует требованиям законодательных актов Республики Казахстан и международным требованиям в области внедрения программы по снижению риска прочих чрезвычайных ситуаций в медицинской организации |
|  |  |  | 42.1 Медицинская организация определяет значимые для региона виды чрезвычайных ситуаций в виде оценки рисков с указанием вероятности возникновения, разрушительной силы (последствий) и уровня готовности организации по каждому из перечисленных видов чрезвычайных ситуаций \*\* |  |
|  |  |  | 42.2 На основе оценки рисков по чрезвычайным ситуациям в годовом плане мероприятий определяются приоритетные направления работы \*\* |
|  |  |  | 42.3 Выделяются ресурсы для улучшения готовности организации к чрезвычайным ситуациям  |
|  |  |  | 42.4 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) \*\* |
|  |  |  | 42.5 По окончании практического учения по чрезвычайным ситуациям проводится анализ проведенного учения и делаются выводы с дальнейшей разработкой плана мероприятий и поддержки непрерывного улучшения \*\* |
| Стандарт 43.0  |  |  | **43.0 ОПАСНЫЕ МАТЕРИАЛЫ И ОТХОДЫ****Обращение с опасными материалами и отходами проводится в соответствии с требованиями законодательных актов Республики Казахстан\*\*\* и обеспечивается безопасность людей и окружающей среды**  | Критерий 10.6 выделен в отдельный стандарт в связи с требованиями законодательных актов Республики Казахстан в области обращения с опасными материалами и отходами и обеспечения безопасности людей и окружающей среды |
|  |  |  | 43.1 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) |  |
|  |  |  | 43.2 Прописываются требования к обращению с опасными материалами, включая их маркировку, хранение, ношение защитных средств при работе, транспортировку, утилизацию (смотреть критерий 38.2) \* |
|  |  |  | 43.3 Все опасные материалы и отходы маркируются с указанием названия (состава), срока годности и применимых предупреждающих знаков |
|  |  |  | 43.4 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) |
|  |  |  | 43.5 Сотрудники обучаются действиям при разлитии опасного материала, включая быстрый сбор (обеззараживание) и сообщение об инциденте. |
| Стандарт 44.0  |  |  | **44.0 МЕДИЦИНСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ****Безопасность медицинского оборудования и изделий обеспечивается путем регулярного (не реже одного раза в год) тестирования, калибровки, поддержания, по необходимости ремонта и обучения персонала** | Выделен в отдельный стандарт в связи важностью безопасности медицинского оборудования и изделий медицинского назначения |
|  |  |  | 44.1 Внедряется программа по обеспечению безопасности медицинского оборудования и изделий (смотреть критерий 38.2) \* |  |
|  |  |  | 44.2 Определяется список всего медицинского оборудования  |
|  |  |  | 44.3 Проводится и документируется профилактическое обслуживание, инспекция, тестирование, калибровка, поддержание, ремонт медицинского оборудования \*\*:1) профилактическое обслуживание каждой единицы оборудования проводится с частотой согласно инструкции производителя или чаще;2) частота профилактического обслуживания прописана в документах организации; 3) график профилактического обслуживания оборудования составляется ежегодно и по необходимости обновляется. |
|  |  |  | 44.4 Персонал обучается безопасной работе с оборудованием и устройствами при трудоустройстве и позже когда сотрудник длительно не работал на оборудовании (свыше полугода), если изменились требования по работе или появилась новая информация от производителя. Только обученные и компетентные лица допускаются к работе со специализированным оборудованием и устройствами и все обучение документируется. \*\* |
|  |  |  | 44.5 Внедряется система оповещения пользователей и принятия мер при отзыве, поломке и прочих случаях, связанных с медицинским оборудованием (например, риск возгорания) \* |
| Стандарт 45.0  |  |  | **45.0 КОММУНАЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ****Коммунальные и инженерные системы в организации соответствуют требованиям законодательных актов Республики Казахстан\*\*\* и удовлетворяют потребности медицинской организации** | Пп. 1 и 2, критерия 9.6 выделены в отдельный стандарт в связи с требованиями законодательных актов Республики Казахстан в областикоммунальных и инженерных систем для обеспечения безопасности людей и окружающей среды |
|  |  |  | 45.1 Прописывается порядок и частота инспекций, тестирования и поддержания коммунальных и инженерных систем \* |  |
|  |  |  | 45.2 Функционирование коммунальных и инженерных систем контролируется, поддерживается и улучшается |
|  |  |  | 45.3 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 \*\* |
|  |  |  | 45.4 Для предупреждения пылевого загрязнения, в системе вентиляции устанавливаются фильтры, которые меняются с частотой согласно рекомендации производителя  |
|  |  |  | 45.5 Коммунальные и инженерные системы маркируются для облегчения частичного или полного отключения при чрезвычайных ситуациях |
| Стандарт 46.0  |  |  | **46.0 ВОДА И ЭЛЕКТРИЧЕСТВО****Обеспечивается непрерывный доступ к воде и электричеству, включая их альтернативные источники**  | Добавлен новый стандарт в связи с усилением управления безопасностью деятельности |
|  |  |  | 46.1 Питьевая вода и электричество являются доступными круглосуточно в любое время года |  |
|  |  |  | 46.2 Определяются зоны и услуги, для которых наиболее важно водоснабжение и электроснабжение из альтернативных источников \*\* |
|  |  |  | 46.3 Альтернативные источники водоснабжения тестируются ежеквартально \*\* |
|  |  |  | 46.4 Альтернативные источники электроснабжения тестируются ежеквартально. Хранится необходимый запас топлива для выработки электричества из альтернативного источника \*\* |
|  |  |  | 46.5 В соответствии с санитарно – эпидемиологическими требованиями ежеквартально тестируется качество воды, включая воду, используемую для процедур диализа \*\* |
| Стандарт 47.0  |  |  | **47.0 ОБУЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛА ПО БЕЗОПАСНОСТИ ЗДАНИЙ****Проводится обучение, тестирование знаний работников для поддержания безопасности зданий и окружающей среды** | Выделен в отдельный стандарт в связи с важностью проведения обучения и тестирования знаний работников в области пожарной безопасности и чрезвычайных ситуаций, охраны и защиты, обращении с опасными материалами безопасности |
|  |  |  | 47.1 Сотрудники обучаются действиям при пожаре и чрезвычайных ситуациях, требованиям политик или процедур по охране здания, имущества и пациентов, обращению с опасными материалами |  |
|  |  |  | 47.2 Сотрудники обучаются действиям при пожаре, включая сообщение о пожаре, тушение пожара и эвакуацию пациентов |
|  |  |  | 47.3 Сотрудники обучаются работе с оборудованием и коммунальными (инженерными) системами, включая действия при чрезвычайных ситуациях (смотреть критерий 44.4) |
|  |  |  | 47.4 Штатные и внештатные сотрудники, студенты, слушатели резидентуры, лица, обучающиеся на базе медицинской организации, арендаторы помещений, волонтеры и посетители обучаются безопасности зданий и окружающей среды |
|  |  |  | 47.5 Ежегодно проводится тестирование знаний сотрудников по поддержанию безопасности зданий и окружающей среды в соответствии с утвержденными руководством медицинской организации политиками и процедурами |
| Стандарт 48.0 |  |  | **БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ****48.0 УПРАВЛЕНИЕ МЕДИКАМЕНТАМИ****Обеспечивается безопасное обращение с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в организации** | Стандарт обновленной редакции обеспечиваетбезопасное обращение с лекарственными средствами (ЛС) и изделиями медицинского назначения (ИМН) в организации в соответствии с требованиями законодательных актов Республики Казахстан |
|  |  |  | 48.1 Обращение с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения осуществляется в соответствии с требованиями законодательных актов Республики Казахстан\*\*\*  |  |
|  |  |  | 48.2 На постоянной основе проводится анализ системы управления медикаментами, включающий каждый этап управления медикаментами: планирование и закуп; хранение; назначение; приготовление или разведение; введение; мониторинг эффектов на пациенте (cм. критерий 12.4) \*\* |
|  |  |  | 48.3 Проводится анализ системы управления медикаментами, включающий оценку рисков (выявление проблем или зон высокого риска, связанных с лекарственными средствами) \*\* |
|  |  |  | 48.4 Разрабатываются и внедряются политики и процедуры, описывающие каждый этап управления медикаментами: планирование и закуп; хранение; назначение; приготовление или разведение; введение; мониторинг эффектов на пациенте \* |
|  |  |  | 48.5 Создается и функционирует формулярная комиссия, рассматривающая вопросы управления медикаментами, включая формулярный список \*\* |
| Стандарт 49.0  |  |  | **49.0 ХРАНЕНИЕ****Медикаменты хранятся безопасно и надлежащим образом**  | Выделен в отдельный стандарт (хранение медикаментов).Хранение медикаментов в медицинской организации необходимо осуществлять безопасно и надлежащим образом |
|  |  |  | 49.1 Все медикаменты правильно обозначаются с указанием названия (содержания), срока годности и применимых предупреждающих знаков |  |
|  |  |  | 49.2 Медикаменты хранятся с соблюдением температурного режима, влажности и прочих условий, в соответствии с требованиями к их хранению |
|  |  |  | 49.3 Наркотические и другие лекарственные средства, подлежащие строгому учету и контролю, хранятся, в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан\*\*\* |
|  |  |  | 49.4 Медикаменты защищаются от потери и кражи по всей организации |
|  |  |  | 49.5 Сотрудниками аптеки инспектируются все места хранения лекарственных средств в организации для обеспечения надлежащего хранения лекарственных средств \*\* |
| Стандарт 50.0  |  |  | **50.0 ОСОБЫЕ СЛУЧАИ ОБРАЩЕНИЯ С МЕДИКАМЕНТАМИ****Прописываются особые случаи обращения с медикаментами**  | Новый стандарт внедрен в соответствии с требованиями международных экспертов и законодательных актов Республики Казахстан в связи с наличием в медицинских организациях медикаментов, требующих особого обращения. Например, наркотические препараты. |
|  |  |  | 50.1 Прописывается и соблюдается процесс по выявлению и уничтожению медикаментов с истекшим сроком годности \*  |  |
|  |  |  | 50.2 Прописывается и соблюдается процесс по обращению с личными (принесенными извне) медикаментами пациента \* |
|  |  |  | 50.3 Прописывается и соблюдается процесс обращения с наборами лекарственных средств для экстренных случаев (противошоковая укладка, реанимационный набор или набор для кода синего), включая их защиту от кражи и потери, ежедневную проверку готовности набора, восполнение содержимого \* |
|  |  |  | 50.4 Прописывается и соблюдается процесс отзыва медикаментов в соответствии с политиками и процедурами, утвержденными руководством медицинской организации \* |
|  |  |  | 50.5 Прописывается и соблюдается процесс обращения с радиофармацевтическими препаратами и другими опасными медикаментами (цитостатические лекарственные средства) \* |
| Стандарт 51.0  |  |  | **51.0 НАЗНАЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ****Прописывается процесс назначения лекарственных средств и проверки назначений лекарственных средств** | Выделен в отдельный стандартв связи с необходимостью разработки политик и процедур, где прописываются требования по назначению лекарственных средств |
|  |  |  | 51.1 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 \* |  |
|  |  |  | 51.2 Разрабатываются и утверждаются руководством медицинской организации политики или процедуры при неразборчивом или неполном назначении лекарственных средств в листах назначения или рецепте \* |
|  |  |  | 51.3 Разрабатываются и утверждаются руководством медицинской организации политики или процедуры при устном назначении лекарственных средств в экстренных ситуациях \* |
|  |  |  | 51.4 Проводится проверка назначений лекарственных средств в текущих медицинских картах для выяснения обоснованности и полноты назначения |
|  |  |  | 51.5 Проводится выборочный аудит листов назначений в текущих и закрытых медицинских картах на предмет соблюдения политик организации и безопасности пациента \*\* |
| Стандарт 52.0  |  |  | **52.0 ПРИГОТОВЛЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОВ****Медикаменты готовятся в безопасной и чистой обстановке** | Новый стандарт внедрен в связи с важностью предъявления утвержденных законодательными актами Республики Казахстан и медицинской организацией требований к приготовлению медикаментов |
|  |  |  | 52.1 Медикаменты готовятся (разводятся, фасуются) в чистой и безопасной рабочей зоне с необходимым оборудованием и изделиями  |  |
|  |  |  | 52.2 Сотрудники, готовящие стерильные продукты обучаются принципам приготовления лекарственных средств и методам асептики \*\* |
|  |  |  | 52.3 Каждое принятое, введенное лекарственное средство документируется в листе назначений (или ином документе) с указанием времени и автора записи \*\* |
|  |  |  | 52.4 Безопасное введение медикаментов обеспечивается проверкой правильности пяти пунктов: тот ли это пациент, медикамент, доза, путь введения, время и частота приема |
|  |  |  | 52.5 Прописывается процесс самостоятельного введения пациентом лекарственных средств(например, ингалятор или инсулиновая ручка) \* |
| Стандарт 53.0  |  |  | **53.0 МОНИТОРИНГ И ОБУЧЕНИЕ ОБ ОБРАЩЕНИИ С ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ****Проводится мониторинг эффекта лекарственных средств на пациента и периодическое обучение пациентов и персонала в зависимости от потребности** | Выделен в отдельный стандарт в связи с необходимостью проведения в медицинской организации мониторинга эффекта лекарственных средств на пациента, включая побочные действия и периодического обучения пациентов и персонала по обращению с лекарственными средствами для повышения безопасности пациентов. |
|  |  |  | 53.1 Проводится мониторинг эффекта лекарственных средств на пациента и побочные эффекты документируются и сообщаются ответственному лицу \*\* |  |
|  |  |  | 53.2 Проводится обучение пациента по вопросам приема медикаментов, включая обучение по рекомендуемым медикаментам после выписки \*\* |
|  |  |  | 53.3 Сотрудники медицинской организации обучаются терминам «потенциальная медицинская ошибка» «медицинская ошибка».В медицинской организации внедрен процесс выявления, сообщения и анализа потенциальных медицинских ошибок и медицинских ошибок (смотреть критерии 6.3 и 48.5) |
|  |  |  | 53.4 Для врачей и прочего персонала, вовлеченных в обращение с медикаментами, имеется в доступе справочная информация по лекарственным средствам |
|  |  |  | 53.5 В медицинской организации врачи, медицинские сестры и прочие сотрудники, вовлеченные в обращение с медикаментами, обучаются по вопросам обращения с медикаментами в соответствии с политиками и процедурами, утвержденными руководством медицинской организации \*\* |
| Стандарт 54.0  |  |  | **54.0 КОНТРОЛЬ АНТИБИОТИКОВ****Медицинская организация внедряет программу по контролю антибиотиков** | Разработан новый стандарт в связи с актуальностью разработки программы по контролю за антибиотиками с привлечением клинического фармаколога, специалистов по инфекционному контролю для правильного назначения антибиотиков с целью повышения безопасности пациентов и повышения качества лечения пациентов |
|  |  |  | 54.1 Программа или руководство по контролю антибиотиков включает список антибиотиков, назначение которых ограничено и есть показания к применению резервных антибиотиков \* |  |
|  |  |  | 54.2 Программа или руководство по контролю антибиотиков разрабатывается коллективно (с участием врачей или клинического фармаколога, специалистов по инфекционному контролю, микробиологии) в соответствии с политиками и процедурами, утвержденными руководством медицинской организации |
|  |  |  | 54.3 Врачи и другие пользователи обучаются требованиям программы или руководства по контролю антибиотиков, и программа внедряется на практике |
|  |  |  | 54.4 Медицинские карты регулярно просматриваются на предмет выполнения программы или руководства по контролю антибиотиков  |
|  |  |  | 54.5 Выполнение программы или руководства по контролю антибиотиков мониторируется через индикаторы, используемые для улучшения работы. Мониторинг проводится ежемесячно. Примеры улучшения работы могут включать пересмотр руководства, пересмотр действий, обучение персонала и др. \*\* |
| Стандарт 55.0 |  |  | **РАЗДЕЛ D: ЛЕЧЕНИЕ И УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ****D1: Безопасность пациента****Международная цель по безопасности пациента №1****Политики или процедуры по идентификация пациента** **55.0 Безопасность пациента повышается через процесс идентификации пациента** | Новый стандарт разработан в соответствии требованиями Всемирной Организации здравоохранения к обеспечению безопасности пациентов |
|  |  |  | 55.1 Существуют политики и процедуры идентификации пациента, описывающие процесс идентификации пациента с применением двух идентификаторов пациента \* |  |
|  |  |  | 55.2 Пациент идентифицируется в соответствии с политиками или процедурами перед каждой процедурой, операцией, инъекцией, приемом медикамента, переливанием крови, взятием биоматериала и других ситуациях |
|  |  |  | 55.3 Идентификация пациента облегчается через допустимые альтернативные способы идентификации пациента: идентификационный браслет с двумя идентификаторами пациента, или штрих-код на образце биоматериала (допустимый как единственный идентификатор) или уникальный идентификационный номер (допустимый как единственный идентификатор). Допустимыми идентификаторами пациента являются полное имя и фамилия, дата рождения, индивидуальный идентификационный номер (ИИН), уникальный номер медицинской карты пациента, уникальный штрих-код, уникальный идентификационный номер.Недопустимыми идентификаторами пациента являются изменяемые параметры: адрес, номер палаты, отделение, диагноз. |
|  |  |  | 55.4 Идентификатор(-ы) пациента присутствует (-ют) во всех формах медицинских карт и на всех контейнерах с биоматериалом пациента. |
|  |  |  | 55.5 Процесс идентификации пациента мониторируется через индикаторы(-ы), которые применяются для повышения безопасности пациента. Индикаторы выбираются в зависимости от используемых способов идентификации пациента. Мониторинг проводится ежемесячно. Примеры улучшения работы могут включать пересмотр политик или процедур, пересмотр процессов, обучение персонала и др. \*\* |
| Стандарт 56.0 |  |  | **Международная цель по безопасности пациента №2****Эффективная передача информации****56.0 Безопасность пациента повышается через стандартизованный процесс передачи информации при переводе пациента, пересмене, при устных назначениях и сообщении результатов исследований**  | Новый стандарт разработан в соответствии требованиями Всемирной Организации здравоохранения к обеспечению безопасности пациентов |
|  |  |  | 56.1 Разрабатываются и внедряются политики или процедуры передачи информации устно и (или) по телефону, описывающие процесс сообщения критических результатов лабораторных и диагностических исследований и документирования информации\* |
|  |  |  | 56.2 Существуют политики или процедуры, утвержденные руководством медицинской организации, описывающие процесс передачи пациента при переводе между отделениями, между службами и при передаче смены |
|  |  |  | 56.3 В стандартизованной передаче информации при получении критических результатов лабораторных и диагностических исследований требуется, чтобы получатель информации записал сообщение, получатель прочитал сообщение вслух, и сообщающее лицо подтвердило правильность сообщения |  |
|  |  |  | 56.4 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 |
|  |  |  | 56.5 Процесс передачи устной и (или) телефонной информации при сообщении критических результатов лабораторных и диагностических исследований и процесс передачи пациента между персоналом мониторируется через индикатор(-ы), используемые для улучшения работы. Мониторинг проводится ежемесячно. Примеры улучшения работы могут включать пересмотр политик или процедур, пересмотр процессов, обучение персонала и др. \*\* |
| Стандарт 57.0 |  |  | **Международная цель по безопасности пациента №3****Безопасность медикаментов высокого риска 57.0 Безопасность пациентов повышается за счет стандартизированной маркировки и безопасного обращения с медикаментами высокого риска.** | Новый стандарт разработан в соответствии требованиями Всемирной Организации здравоохранения к обеспечению безопасности пациентов |
|  |  |  | 57.1 Разрабатываются политики или процедуры, описывающие обращение с медикаментами высокого риска. \*Политика или процедура включает:1) маркировку медикаментов высокого риска, 2) хранение медикаментов высокого риска,3) назначение и применение – если есть особенности,4) список медикаментов высокого риска,5) обучение персонала. К медикаментам высокого риска относятся те лекарственные средства, с которыми выше вероятность ошибочного применения и ошибочное применение которых может привести к значительному вреду или значительному побочному эффекту для пациента. |  |
|  |  |  | 57.2 Разрабатываются политики или процедуры, описывающие обращение с концентрированными электролитами. \*Политика или процедура включает:1) маркировку концентрированных электролитов, 2) хранение концентрированных электролитов – запрет на хранение в местах редкого использования, хранение только в местах клинической необходимости,3) назначение и применение – если есть особенности,4) список концентрированных электролитов,5) обучение персонала. |
|  |  |  | 57.3 Разрабатываются политики или процедуры, описывающие обращение с медикаментами со схожим названием и схожей упаковкой. \*Политика или процедура включает:1) маркировку медикаментов со схожим названием и схожей упаковкой, 2) запрет на хранение медикаментов на одной полке или рядом, если у них созвучны названия или схожий внешний вид,3) назначение и применение – если есть особенности,4) список медикаментов со схожим названием и схожей упаковкой,5) обучение персонала. |
|  |  |  | 57.4 Вышеуказанные политики или процедуры выполняются во всей организации. |
|  |  |  | 57.5 Обращение с концентрированными электролитами, с медикаментами высокого риска и с медикаментами со схожим названием и схожей упаковкой мониторируется через индикатор(ы), которые применяются для повышения безопасности пациента. Мониторинг проводится ежемесячно. Примеры улучшения работы могут включать пересмотр политик или процедур, пересмотр процессов, обучение персонала и др. \*\* |
|  |  |  | **Международная цель по безопасности пациента №4****Хирургическая безопасность: правильный участок тела, правильная процедура и правильный пациент.** | Новый стандарт разработан в соответствии требованиями Всемирной Организации здравоохранения к обеспечению безопасности пациентов |
| Стандарт 58.0 |  |  | **58.0 Безопасность пациентов повышается за счет стандартизированной предоперационной верификации (проверки готовности) и тайм-аута, чтобы обеспечить правильную процедуру на правильном участке тела правильному пациенту**  |  |
|  |  |  | 58.1 Разрабатываются политики или процедуры, описывающие процесс маркировки места операции и (или) инвазивной процедуры, предоперационной проверки и тайм-аута для обеспечения правильного участка тела, правильной процедуры и правильного определения пациента и операции\* |
|  |  |  | 58.2 Участок тела маркируется перед операцией и инвазивной процедурой высокого риска в виде единого знака в рамках всей организации врачом, который будет выполнять процедуру |
|  |  |  | 58.3 Осуществляется предоперационная верификация (проверка готовности) на основе чек-листа или другого инструмента для документации готовности к операции или процедуре высокого риска |
|  |  |  | 58.4 Вся хирургическая команда участвует в процедуре тайм-аута, включающего следующие этапы:1) идентификация пациента;2) подтверждение названия процедуры;3) верификация участка и стороны оперативного вмешательства и инвазивной процедуры;4) верификация маркировки участка оперативного вмешательства и инвазивной процедуры;5) верификация необходимого оборудования и инструментария.Тайм-аут документируется в медицинской карте. |
|  |  |  | 58.5 Предоперационная верификация и процедура тайм-аут мониторируются через индикатор(ы), которые применяются для повышения безопасности пациента. Мониторинг проводится ежемесячно. Примеры улучшения работы могут включать пересмотр политик или процедур, пересмотр процессов, обучение персонала и др. \*\* |
|  |  |  | **Международная цель по безопасности пациента №5****Снизить риск инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи через гигиену рук** | Новый стандарт разработан в соответствии требованиями Всемирной Организации здравоохранения к обеспечению безопасности пациентов |
| Стандарт 59.0 |  |  | **59.0 Безопасность пациентов повышается за счет комплексной программы гигиены рук для предотвращения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи**  |  |
|  |  |  | 59.1 Разрабатываются основанные на доказательной базе (литературе) политики или процедуры, описывающие виды (уровни), этапы гигиены рук и показания для гигиены рук \* |
|  |  |  | 59.2 Политики или процедуры по гигиене рук выполняются по всей медицинской организации |
|  |  |  | 59.3 Имеются достаточные ресурсы для выполнения процедуры мытья рук и дезинфекции рук |
|  |  |  | 59.4 Сотрудники обучаются по видам, этапам гигиены рук и показаниям для гигиены рук \*\* |
|  |  |  | 59.5 Практика гигиены рук мониторируется через индикатор(ы), которые применяются для повышения безопасности пациента. Мониторинг проводится ежемесячно. Примеры улучшения работы могут включать пересмотр политик или процедур, пересмотр процессов, обучение персонала и др. \*\* |
| Стандарт 60.0 |  |  | **Международная цель по безопасности пациента №6****Снизить риск вреда вследствие падений пациента** **60.0**  **Безопасность пациентов повышается за счет первичной и повторной оценки риска падения у применимой группы пациентов, а также за счет профилактических мероприятий и безопасной окружающей среды** | Новый стандарт разработан в соответствии требованиями Всемирной Организации здравоохранения к обеспечению безопасности пациентов |
|  |  |  | 60.1 Разрабатываются политики, процедуры профилактики падений, которые направлены на предотвращение падений и травм от падений. Соответствующий персонал обучается политикам\* |  |
|  |  |  | 60.2 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 |
|  |  |  | 60.3 Оценка и переоценка риска падения выполняется, когда это требуется и своевременно документируется в медицинской карте \*\* |
|  |  |  | 60.4 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 как минимум каждые два часа и другие действия, определенные в политиках |
|  |  |  | 60.5Руководство медицинской организации берет на себя обязательство сделать окружение пациента безопасным для предотвращения падений |
| Стандарт 61.0 |  |  | **Международная цель по безопасности пациента №7****Безопасное соединение катетеров и трубок 61.0 Безопасность пациентов повышается за счет предотвращения неправильного соединения катетеров и трубок пациента**  | Новый стандарт разработан в соответствии требованиями Всемирной Организации здравоохранения к обеспечению безопасности пациентов |
|  |  |  | 61.1Персонал обучается тому, чтобы визуально отслеживать все катетеры и трубки от точки их начала до порта (места) их подключения, чтобы убедиться в правильности их соединения перед выполнением любых соединений, перед переподключением, или при введении ЛС, растворов или других продуктов \*\* |  |
|  |  |  | 61.2Соединения трубок и катетеров перепроверяются или обговариваются вслух при смене дежурств, при переводе пациента в новое подразделение или службу, или после перемещения (смены положения) пациента |
|  |  |  | 61.3По 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) |
|  |  |  | 61.4По 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.
 |
|  |  |  | 61.5Пациенты и члены их семей обучаются уходу за катетерами и трубками и информированы о запрете на самостоятельное подключение или отключение катетеров и трубок  |
|  |  |  | **D2: Права пациента** |  |
| Стандарт 62.0 |  |  | **62.0 ДОСТУП К МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ****Доступ к медицинской помощи облегчается для лиц с ограниченными возможностями и особыми потребностями**  | Критерий 15.6 стандарта 15.0 ПРАВА ПАЦИЕНТА И СЕМЬИверсии 2 выделен в стандарт 62.0 3 версииПрава пациентов с ограниченными возможностями и особыми потребностями необходимо обеспечивать в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан |
|  |  |  | 62.1Вход в здание имеет пути, доступные для колясок и с перилами (поручнями) |  |
|  |  |  | 62.2У входа являются доступными кресла-коляски или детские коляски в зависимости от обслуживаемого населения |
|  |  |  | 62.3Если пациент с потенциально высоким риском падения не сопровождается, охранник или сотрудник регистратуры (ресепшн) или другие назначенные люди обучаются тому, чтобы организовать сопровождение |
|  |  |  | 62.4Туалеты пациента, палаты пациента и другие области, определенные в больнице, имеют кнопки вызова или другие средства вызова помощи со стороны персонала |
|  |  |  | 62.5Выполняются другие национальные правила (законодательство Республики Казахстан) для лиц с ограниченными физическими возможностями (например, требования к обозначению туалетов и маршруты для инвалидов) |
| Стандарт 63.0 |  |  | **63.0 ПОЛИТИКИ И ПРОЦЕДУРЫ ПРАВАМ И ОБЯЗАННОСТЯМ ПАЦИЕНТА****Медицинская организация выполняет политики и процедуры, направленные на соблюдение прав пациента и определяет обязанности пациента и членов семьи** | В соответствии с требованиями международных стандартов аккредитации медицинской организации необходимо разработать и утвердить политики и процедуры по правам и обязанностям пациента с информированием пациента и семьи, обучением персонала организации по уважению прав пациентов на практике |
|  |  |  | 63.1Права и обязанности пациентов и членов семьи перечисляются в документе, который доступен для пациентов в письменной форме \*\* |  |
|  |  |  | 63.2 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 \* |
|  |  |  | 63.3Пациенты 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) |
|  |  |  | 63.4Персонал уважает предпочтения и выбор пациентов во время ухода, например, как сотрудники должны обращаться 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  |
|  |  |  | 63.5 Право пациента на личную безопасность и охрану соблюдается через систему охраны и определенный организацией уровень ответственности по защите имущества пациента от потери |
| Стандарт 64.0 |  |  | **64.0 БАРЬЕРЫ К ПОЛУЧЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ** **Выявляются и снижаются барьеры к получению медицинской помощи**  | Новый стандарт В соответствии с требованиями законодательных актов Республики Казахстан медицинской организации необходимо выявлять и снижать барьеры к получению медицинской помощи, такие как: языковой, культурные и духовные предпочтения и другие прописанные в данном стандарте |
|  |  |  | 64.1Имеется 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 |  |
|  |  |  | 64.2Пациенты с языковым барьером получают помощь переводчика или персонала или члена семьи, чтобы облегчить получение медицинской помощи |  |
|  |  |  | 64.3Организация выявляет другие барьеры в медицинском уходе и принимает меры по их снижению  |  |
|  |  |  | 64.4Персонал выявляет какие-либо особые культурные или духовные предпочтения пациентов и не ограничивает доступ пациентов к духовной помощи |  |
|  |  |  | 64.5Право пациента на личную безопасность и охрану соблюдается через систему охраны и определенный организацией уровень ответственности по защите имущества пациента от потери |  |
| Стандарт 65.0 |  |  | **65.0 ПРИВАТНОСТЬ И КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ИНФОРМАЦИИ****Соблюдаются права пациента на неприкосновенность частной жизни (приватность), конфиденциальность информации, достойное и уважительное отношение к пациенту**  | Новый стандарт внедрен в соответствии с международными требованиями |
|  |  |  | 65.1Соблюдается право пациента на приватность при осмотрах, обследованиях и транспортировке |  |
|  |  |  | 65.2 Конфиденциальность информации о пациенте сохраняется в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан |
|  |  |  | 65.3 Медицинской организацией разрабатываются политики и процедуры по соблюдению конфиденциальности информации о пациенте и защите информации \* |
|  |  |  | 65.4Сотрудники обучаются требованиям по соблюдению конфиденциальности информации о пациенте |
|  |  |  | 65.5Персонал проявляет достойное и уважительное отношение к пациенту на всех этапах лечения  |
| Стандарт 66.0 |  |  | **66.0 ЖАЛОБЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ****Жалобы пациентов расследуются и разрешаются своевременно и объективно**  | Разработан отдельный стандарт в связи с важностью своевременного и объективного разрешения жалоб пациентов |
|  |  |  | 66.1Пациенты информируются о том, как выразить жалобу, предложение и отзыв, и такая информация доступна в каждом подразделении, оказывающем медицинскую помощь  |  |
|  |  |  | 66.2Жалобы, предложения и отзывы пациентов собираются из нескольких источников  |  |
|  |  |  | 66.3Жалобы пациентов расследуются своевременно и объективно в течение определенного законодательством или организацией периода времени, и пациент информируется, если расследование займет больше времени  |  |
|  |  |  | 66.4Пациент или члены семьи информируются о результатах расследования жалоб |  |
|  |  |  | 66.5На основе анализа жалоб, предложений и отзывов с целью улучшения опыта пациента или снижения рисков принимаются действия на системном уровне |  |
| Стандарт 67.0 |  |  | **67.0 ОБЩЕЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ****Внедряются политики и процедуры получения общего информированного согласия от пациента или лица, принимающего решения от имени пациента**  | Критерий выделен в отдельный стандарт в связи со значимостью внедрения политик и процедур по получению общего информированного согласия от пациентаили лица, принимающего решения от имени пациента |
|  |  |  | 67.1 Внедряются политики и процедуры, описывающие получениеобщего информированного согласия на лечение в медицинской организации и утверждена форма общего информированного согласия \* |  |
|  |  |  | 67.2Персонал вовлекает пациента в их собственный уход, получая письменное общее информированноесогласие на лечение |
|  |  |  | 67.3Персонал информирует пациентов или родственников о выборе ухода и лечения и области действия общего информированного согласия |
|  |  |  | 67.4Персонал информирует пациентов или родственников о том, какие виды лечения, процедуры и исследования требуют специального информированного согласия |
|  |  |  | 67.5В общем информированном согласии оговаривается, может ли вестись фото- и видеосъемка в целях безопасности или для рекламы и если да, то когда |
| Стандарт 68.0 |  |  | **68.0 СПЕЦИАЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ****Внедряются правила о получении специального информированного согласия от пациента или лиц, принимающих решения за пациента перед определенными процедурами и видами лечения**  | Критерий выделен в отдельный стандарт в связи с важностью внедрения политик и процедур по получению специального информированного согласия от пациентаперед определенными процедурами и видами лечения |
|  |  |  | 68.1 Руководством медицинской организации утверждаются политики и процедуры, описывающие получениеспециального информированного согласия и перечень ситуаций, требующих получение специального информированного согласия \* |  |
|  |  |  | 68.2Формы информированных согласий утверждаются 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 |
|  |  |  | 68.3Персонал вовлекает пациента в их собственное лечение и уход, получая письменно специальное информированное согласие перед процедурами и видами лечения, определенными организацией |
|  |  |  | 68.4Персонал информирует пациентов или их семьи о предлагаемом виде лечения, рисках (возможных осложнениях) и альтернативных методах лечения  |
|  |  |  | 68.5Информированное согласие берется и документируется в медицинской карте перед любой операцией, процедурой высокого риска, анестезией и седацией, перед участием в научном проекте или в экспериментальном лечении и в других ситуациях, определенных медицинской организацией \*\* |
| Стандарт 69.0 |  |  | **69.0 ОТКАЗ ОТ ЛЕЧЕНИЯ****Пациент информирован о праве на отказ от предложенной медицинской помощи**  | Выделен в отдельный стандарт в связи с важностьюинформированности пациента о праве на отказ от предложенной медицинской помощи**.** Внедрен в соответствии с международными стандартами |
|  |  |  | 69.1 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 национального законодательных актов \* |  |
|  |  |  | 69.2Форма отказа от предложенной медицинской помощи утверждается и существует процесс документации отказа пациента от определенного лечения, части лечения или от госпитализации |  |
|  |  |  | 69.3Пациент получает второе мнение о лечении от другого врача или другой организации без страха ухудшения взаимоотношения с врачом |  |
|  |  |  | 69.4Если временное покидание стационара пациентом разрешается медицинской организацией, определяется процесс временного отпуска пациента \* |  |
|  |  |  | 69.5Персонал уважает право пациента отказаться от лечения и информирует о возможных рисках, осложнениях вследствие отказа и об альтернативных видах лечения |  |
| Стандарт 70.0 |  |  | **70.0 НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ****Участие пациента в научных исследованиях или экспериментальном лечении проводится с соблюдением прав пациента и законодательства Республики Казахстан**  | Новый стандартвнедрен в связи с проведением научных исследований или экспериментального лечения в медицинских организациях. |
|  |  |  | 70.1Создается и работает Комиссия по этике (локальный этический комитет), который наблюдает за проведением научных исследований с вовлечением пациента или экспериментального лечения \*\* |  |
|  |  |  | 70.2 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 \*\* |
|  |  |  | 70.3 Руководством медицинской организации определяется лицо, осуществляющее контроль за проведение и координацию научного исследования с вовлечением пациента (главный исследователь) |
|  |  |  | 70.4Перед 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  |
|  |  |  | 70.5Пациент информируется о ходе исследования и обязанностях пациента, об ожидаемых преимуществах, рисках и дискомфорте, альтернативных видах лечения, праве отказаться от участия в исследовании в любое время без страха предвзятого отношения после отказа |
| Стандарт 71.0 |  |  | **71.0 ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ И КУРСАНТОВ****Образование медицинских студентов и курсантов на базе медицинской организации проводится в соответствии с утвержденными документами** | Новый стандартВнедрен в связи с нахождением медицинских студентов и курсантов на базах медицинских организаций и необходимостью обеспечения безопасности пациентов  |
|  |  |  | Руководством медицинской организации определяется порядок контроля образовательного процесса, а также лицо, осуществляющее контроль за образовательным процессом со стороны медицинской организации |  |
|  |  |  | В медицинской организации имеется список всех обучающихся студентов и курсантов и документы, подтверждающие их учебный статус \*\* |  |
|  |  |  | Для студентов и курсантов определяется уровень самостоятельности в оказании медицинской помощи (что имеют право делать под наблюдением, а что самостоятельно) \*\* |  |
|  |  |  | Студентам и курсантам предоставляется необходимый уровень контроля и оценки навыков |  |
|  |  |  | Студенты и курсанты проходят инструктаж и обучаются по качеству, инфекционному контролю и другим ключевым требованиям медицинской организации \*\* |  |
|  |  |  | **D3: Основы клинического ухода** |  |
| Стандарт 72.0 |  |  | **72.0 ПРИЕМ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ****Процесс приема амбулаторных пациентов стандартизован** | Новый стандарт внедрен в связи с необходимостью внедрения в медицинской организации политик и процедур, описывающих прием амбулаторных пациентов в первой точке контакта, триажа |
|  |  |  | 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 \* |  |
|  |  |  | Внедряются политики и процедуры, описывающие процесс эффективного ухода и процедуры триажа (сортировки) для определения пациентов, требующих незамедлительных действий (критерии приоритетности срочных, неотложных пациентов) |
|  |  |  | Пациенты, требующие незамедлительных действий, получают приоритетное право на осмотр и лечение  |
|  |  |  | Персонал обучается критериям приоритетности срочных, неотложных пациентов, на основе которых определяется потребность пациента в плановой или неотложной помощи |
|  |  |  | Пациенты, требующие незамедлительных действий, осматриваются и стабилизируются в пределах имеющихся возможностей организации, затем направляются или госпитализируются в более подходящую службу \* |
| Стандарт 73.0 |  |  | **73.0 КОНСУЛЬТАЦИЯ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ** **Процесс регистрации, осмотра и ведения амбулаторных пациентов стандартизован**  | Новый стандартВнедрен в связи с важностью стандартизации процесса регистрации, осмотра и ведения амбулаторных пациентов |
|  |  |  | В медицинской организации внедряются политики и процедуры, описывающие процессрегистрации, осмотра и ведения амбулаторныхпациентов \* |  |
|  |  |  | Для пациентов доступен график приема (консультации) врачей (смотреть критерий 11.1) |
|  |  |  | Врач, осматривающий пациента по основному заболеванию, либо иное определенное лицо координирует лечение пациента на амбулаторном этапе |
|  |  |  | При выполнении назначений лекарственных средств в поликлинике, дневном стационаре, процедурных кабинетах соблюдаются единые политики и процедуры 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) |
|  |  |  | В амбулаторной карте пациента содержится информация об основных текущих и перенесенных заболеваниях пациента, постоянно принимаемых лекарственных средств, аллергиях, операциях, контактные данные и адрес проживания пациента |
| Стандарт 74.0 |  |  | **74.0 ПАЦИЕНТЫ ГРУППЫ РИСКА** **Медицинская организация определяет пациентов группы риска и процедуры высокого риска**  | Новый стандарт разработан в связи с необходимостью определенияпациентов группы риска и процедур высокого рискав медицинской организации, обеспечивающих повышение качества медицинских услуг и безопасность пациентов |
|  |  |  | Определяются пациенты группы риска, которые из-за своего состояния не могут выражать свое мнение или требуют особого обращения с ними: 1. дети;
2. ослабленные пожилые люди;
3. терминальные/ умирающие пациенты;
4. пациенты в коме или на поддерживающей терапии в реанимации;
5. пациенты, получающие диализ;
6. пациенты с эмоциональными или психическими расстройствами;
7. жертвы насилия или невнимательного обращения;
8. инфекционные пациенты;
9. другие группы на усмотрение медицинской организации.
 |  |
|  |  |  | Внедряются правила, 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. \* |
|  |  |  | Форма осмотра пациента по необходимости дополняется информацией, важной для пациентов группы риска (модификация формы осмотра) |
|  |  |  | Персонал обучается правилам и требованиям, связанным с лечением пациентов группы риска |
|  |  |  | При выявлении жертв насилия или невнимательного обращения, организация контактирует с заинтересованными социальными, правоохранительными и иными организациями |
| Стандарт 75.0 |  |  | **75.0 ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР ПАЦИЕНТА****Первичный осмотр имеет достаточную информацию для определения потребностей пациента и составления первоначального плана лечения \***  | Критерий выделен в новый стандарт в связи с важностью утверждения законодательными актами Республики Казахстан и (или) руководством медицинской организации политик и процедур по содержанию первичного осмотра пациента |
|  |  |  | Первичный осмотр включает в себя анамнез заболевания, аллергологический анамнез, подробный медикаментозный анамнез  |  |
|  |  |  | Первичный осмотр включает в себя оценку боли, жизненно-важные показатели, физикальное обследование, и если применимо, локальный статус  |
|  |  |  | Первичный осмотр включает в себя нутриционный скрининг для выявления проблем питания и функциональный скрининг для выявления проблем самообслуживания и передвижения  |
|  |  |  | Первичный осмотр включает в себя оценку риска венозной тромбоэмболии для пациентов, которым это применимо, с целью выявления пациентов, нуждающихся в интервенции для снижения риска венозной тромбоэмболии |
|  |  |  | Первичный осмотр включает в себя социально-экономический статус и эмоциональный статус пациента  |
| Стандарт 76.0 |  |  | **76.0 ДОКУМЕНТАЦИЯ ПЕРВИЧНОГО ОСМОТРА****Первичный осмотр проводится квалифицированным лицом и документируется своевременно \***  | Критерий выделен в новый стандарт в связи с важностью содержания первичного осмотр**а** |
|  |  |  | 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) \* |  |
|  |  |  | Первичный осмотр планового стационарного пациента проводитсяи документируется в течение 8 часов после поступления или раньше, в зависимости от состояния пациента (смотреть критерий 18.3) |  |
|  |  |  | Первичный осмотр экстренного пациента проводитсяи документируется в течение 15 минут или раньше, как это определено в законодательстве и политиках медицинской организации (смотреть критерий 18.3) |  |
|  |  |  | Только квалифицированные специалисты проводят осмотры на основе их образования, квалификации и навыков, подтвержденных документами |  |
|  |  |  | Записи в медицинской карте, включая осмотры, являются доступными персоналу, задействованному в лечении и уходе за пациентом |  |
| Стандарт 77.0 |  |  | **77.0 ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ И УХОДА****Индивидуальный план лечения своевременно документируется и включает в себя цели или желаемые результаты лечения \*** | В связи с важностью документирования плана лечения и ухода выделен стандарт 77.0 |
|  |  |  | План лечения и ухода разрабатывается индивидуально на основе первичного осмотра, предыдущих осмотров, результатов обследований |  |
|  |  |  | В разработку плана лечения и ухода вовлекается команда (врач, медицинская сестра и другие специалисты)  |
|  |  |  | План лечения и ухода по возможности включает цели или желаемые результаты лечения  |
|  |  |  | План лечения и ухода соответствует утвержденным, основанным на доказательной базе клиническим протоколам или руководствам по лечению (смотреть также стандарт 10.0)  |
|  |  |  | План лечения и ухода своевременно отражается в листах назначения врача и пациенту назначаются необходимые консультации специалистов, исследования, лекарственная и иная терапия |
| Стандарт 78.0 |  |  | **78.0 ПОВТОРНЫЕ ОСМОТРЫ ПАЦИЕНТА****Состояние пациента наблюдается и документируется в динамике**  | Критерий выделен в новый стандарт в связи с важностью разработок политик и процедур повторных осмотров пациента для повышения качества оказания медицинских услуг медицинской организацией |
|  |  |  | Состояние пациента наблюдается и документируется в динамике с целью оценки достижения целей или желаемых результатов от плана лечения |  |
|  |  |  | Повторные осмотры пациента проводятся ежедневно в течение острой фазы заболевания и регулярно при хронической неострой фазе заболевания в соответствии с политиками медицинской организации, или чаще, в зависимости от состояния пациента \* |
|  |  |  | План лечения обновляется, когда меняется состояние, диагноз пациента или на основе новой информации или по результатам повторных осмотров  |
|  |  |  | Повторные осмотры пациента документируются в виде дневниковых записей врача (если применимо, также дневниковых записей медицинской сестры) с указанием состояния пациента в динамике |
|  |  |  | При появлении ранних признаков ухудшения состояния пациента (отклонение показателей жизненно-важных функций), средний медицинский персонал вызывает врача и при необходимости, вызывается реаниматолог или пациенту проводится более интенсивное наблюдение |
| Стандарт 79.0 |  |  | **79.0 ПЕРЕВОД ПАЦИЕНТА МЕЖДУ ОТДЕЛЕНИЯМИ****Перевод пациента в (из) отделения реанимации и интенсивной терапии основан на физиологических критериях \*** | Выделен в отдельный стандарт в связи с международными требованиями к переводу пациента в (из) отделения реанимации и интенсивной терапии основанному на физиологических критериях |
|  |  |  | Медицинская организация устанавливает критерии перевода пациента в отделение реанимации или палату интенсивной терапии  |  |
|  |  |  | Медицинская организация устанавливает критерии перевода пациента из отделения реанимации или палаты интенсивной терапии в клиническое отделение  |
|  |  |  | Критерии перевода в (из) отделения реанимации или палаты интенсивной терапии основываются на объективных физиологических параметрах |
|  |  |  | В разработке критериев принимают участие сотрудники отделения реанимации или палаты интенсивной терапии, и сотрудники обучаются применению критериев  |
|  |  |  | Медицинские карты пациентов отражают состояние пациента, которое соответствует установленным критериям при переводе в (из) отделения реанимации или палаты интенсивной терапии  |
| Стандарт 80.0 |  |  | **80.0 ПЛАНИРОВАНИЕ ВЫПИСКИ** **Планирование выписки начинается как можно раньше в процессе лечения \*** | Выделен в отдельный стандарт в связи с необходимостью внедрения в медицинских организациях планирования выписки с первого дня лечения |
|  |  |  | Планирование выписки начинается с пункта первого контакта пациента с медицинской организацией  |  |
|  |  |  | Планирование выписки вовлекает пациентов и их семьи, когда это необходимо |
|  |  |  | Планирование выписки включает контакты (взаимодействие) с другими медицинскими организациями или внешними учреждениями в целях содействия непрерывности медицинской помощи |
|  |  |  | Планирование выписки учитывает социальные, духовные и культурные потребности пациента или семьи  |
|  |  |  | Планирование выписки документируется в медицинской карте и обновляется по мере необходимости  |
| Стандарт 81.0 |  |  | **81.0 ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ****Выписка содержит ключевую информацию об оказанной медицинской помощи \*** | Критерий 17.13 выделен в отдельный стандарт в связи с важностью выписки, включающей ключевую информацию об оказанной медицинской помощи пациенту  |
|  |  |  | Готовность пациента к выписке определяется состоянием пациента и показаниями к выписке |  |
|  |  |  | Выписка содержит причину госпитализации, основной диагноз, сопутствующие заболевания, ключевые данные осмотров, обследований, проведенное лечение, основные принятые лекарственные средства |
|  |  |  | Выписка содержит состояние пациента на момент выписки и подробные рекомендации по дальнейшему уходу, причины для обращения за медицинской помощью или срок повторных осмотров |
|  |  |  | Копия выписки хранится в медицинской карте, другая копия выписки выдается пациенту и (или) медицинскому работнику, ответственному за дальнейшее лечение пациента |
|  |  |  | Если пациент покинул медицинскую организацию без предупреждения или против рекомендации врача, делаются попытки информировать пациента или членов семьи или врача по месту жительства о рисках и последствиях  |
| Стандарт 82.0 |  |  | **82.0 ПЕРЕВОД И ТРАНСПОРТИРОВКА ПАЦИЕНТА** **Перевод пациента согласовывается с принимающей организацией и обеспечивается безопасность транспортировки пациента \*** | Новый стандартВнедрен в соответствии с международной практикой для повышения безопасности пациентов |
|  |  |  | 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 |  |
|  |  |  | Устанавливается официальная или неофициальная договоренность с принимающей медицинской организацией о готовности принять пациента |
|  |  |  | 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  |
|  |  |  | 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 |
|  |  |  | Пациент сопровождается квалифицированным персоналом в зависимости от состояния и потребностей пациента  |
| Стандарт 83.0 |  |  | **83.0 ОРГАНИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ****Услуги по анестезии и седации являются доступными круглосуточно и соответствуют законодательству и профессиональным требованиям \***  | Выделен в отдельный стандарт в связи с важностью организации анестезиологической помощи |
|  |  |  | 83.1 Определяется квалифицированное лицо, ответственное за анестезиологическую службу и все услуги по анестезии и седации, и его функции прописываются в должностной инструкции |  |
|  |  |  | 83.2 Только квалифицированное лицо проводит преданестезиологический и председационный осмотр, дает анестезию или седацию и наблюдает за пациентом во время и после анестезии и седации  |
|  |  |  | 83.3 Оказываемые услуги по седации и анестезии соответствуют законодательным актам Республики Казахстан, включая профессиональные стандарты, протокола лечения |
|  |  |  | 83.4 Услуги по седации и анестезии являются доступными для экстренных ситуаций |
|  |  |  | 83.5 Разрабатываются и утверждаются формы информированного согласия на анестезию и седацию, и пациенту говорится о преимуществах, рисках (возможных осложнениях) и альтернативах предлагаемой анестезии или седации (смотреть критерий 68.5) |
| Стандарт 84.0 |  |  | **84.0 АНЕСТЕЗИЯ****Разрабатываются и внедряются политики, процедуры или руководства по анестезии \*** | Выделен в отдельный стандарт в соответствии с международными требованиями |
|  |  |  | Перед проведением анестезии анестезиолог проводит и документирует в медицинской карте предварительный осмотр пациента (смотреть критерий 18.1) |  |
|  |  |  | Непосредственно перед началом анестезии анестезиолог проводит и документирует пред-индукционную оценку пациента  |
|  |  |  | Физиологический статус во время анестезии на основе жизненно-важных функций наблюдается и документируется не реже, чем каждые 10 минут для каждого пациентаПримечание: 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 |
|  |  |  | 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 |
|  |  |  | Решение о пробуждении и готовности пациента к переводу в клиническое отделение принимается анестезиологом  |
| Стандарт 85.0 |  |  | **85.0 СЕДАЦИЯ** **Разрабатываются и внедряются политики, процедуры или руководства по седации \*** | Выделен в отдельный стандарт в соответствии с международными требованиями |
|  |  |  | Перед проведением седации квалифицированный врач проводит и документирует в медицинской карте предварительный осмотр пациента (смотреть критерий 18.1) |  |
|  |  |  | В политиках перечислены все места, где седация проводится для сопровождения болезненной процедуры (процедурная седация) |
|  |  |  | При проведении процедурной седации являются доступными лекарственные средства и изделия медицинского назначения для оказания экстренной помощи |
|  |  |  | При проведении процедурной седации присутствует лицо, владеющее навыками углубленной реанимационной помощи (врач-анестезиолог либо врач с действующим сертификатом по углубленной сердечно-легочной реанимации) |
|  |  |  | Восстановление после седации определяется на основе критериев пробуждения, которые документируются в медицинской карте |
| Стандарт 86.0 |  |  | **86.0 КОД СИНИЙ****Услуги реанимации являются доступными по всей организации \***  | Выделен в отдельный стандарт в соответствии с международными требованиями |
|  |  |  | Круглосуточно на территории медицинской организации являются доступными услуги реанимации (оказание базовой и углубленной сердечно-легочной реанимации или «код синий») |  |
|  |  |  | Стандартизованный набор лекарственных средств, изделий медицинского назначения и оборудования для оказания базовой и углубленной сердечно-легочной реанимации поддерживается в постоянной готовности |
|  |  |  | Внедряются политики и процедуры, описывающие порядок оказания базовой и углубленной сердечно-легочной реанимации |
|  |  |  | Углубленная (расширенная) сердечно-легочная реанимация оказывается в течение 3 минут на территории медицинской организации |
|  |  |  | Медицинские работники обучаются оказанию базовой сердечно-легочной реанимации |
| Стандарт 87.0 |  |  | **87.0 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО****Протокол операции составляется своевременно и подробно \*** | Выделен в отдельный стандарт в соответствии с международными требованиями |
|  |  |  | Вне зависимости от срочности операции, до начала операции врач проводит предоперационный осмотр и документирует его в виде предоперационного эпикриза в медицинской карте |  |
|  |  |  | Предоперационный эпикриз содержит обоснование или причину операции, предоперационный диагноз, название планируемой операции |  |
|  |  |  | 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) |
|  |  |  | В течение трех часов после окончания операции, до того, как пациент покинет зону пробуждения, составляется и документируется протокол операции |
|  |  |  | Протокол операции содержит: 1. идентификацию пациента;
2. послеоперационный диагноз;
3. имя оперировавшего хирурга и его ассистентов;
4. название операции и ход (описание) операции;
5. упоминание осложнений (нет/да);
6. биоматериал, отправленный на гистологическое исследование;
7. объем кровопотери в мл;
8. серийный номер импланта (если применимо);
9. дату, время, подпись хирурга.
 |
| Стандарт 88.0 |  |  | **88.0 ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ** **В течение 24 часов после операции составляется совместный послеоперационный план лечения и ухода** | Новый стандарт внедрен в связи с важностью послеоперационного ведения пациента в соответствии с планом.  |
|  |  |  | Послеоперационный план лечения и ухода составляется врачом совместно с медицинской сестрой и другими задействованными специалистами |  |
|  |  |  | Послеоперационный план лечения и ухода содержит конкретные указания или действия для среднего медицинского персонала и подпись среднего медицинского персонала |
|  |  |  | Послеоперационный план лечения составляется в течение 24 часов после операции или раньше и доступен для медицинского персонала |
|  |  |  | Послеоперационный план лечения отражается в листах назначения врача  |
| Стандарт 89.0 |  |  | **D4: Лабораторные услуги и служба крови****89.0 ОРГАНИЗАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ****Лабораторные услуги являются доступными для удовлетворения нужд пациентов и соответствуют законодательным актам Республики Казахстан и профессиональным требованиям \*** | Выделен в отдельный стандарт в соответствии с международными требованиями |
|  |  |  | Руководством медицинской организации определяется квалифицированное лицо, осуществляющее контроль всех лабораторных услуг, оказываемых для пациентов медицинской организации, в том числе оказываемых субподрядными организациями по договору |  |
|  |  |  | Только квалифицированные лица проводят и интерпретируют лабораторные исследования |
|  |  |  | Оказываемые лабораторные услуги соответствуют законодательным актам Республики Казахстан |
|  |  |  | Определенные лабораторные услуги являются доступными круглосуточно для экстренных ситуаций, возникающих во внерабочее время  |
|  |  |  | Лабораторные услуги, оказываемые субподрядными организациями по договору, контролируются через индикаторы или требования, прописываются в договоре, и при неудовлетворительном качестве услуг принимаются меры \*\* |
| Стандарт 90.0 |  |  | **90.0 ВРЕМЕННЫЕ РАМКИ ИССЛЕДОВАНИЙ****Определяются временные рамки на каждый вид лабораторного исследования \*** | Выделен в отдельный стандарт в соответствии с международными требованиями |
|  |  |  | На каждый вид лабораторного исследования определяются временные рамки, в течение которых должен быть готов результат исследования |  |
|  |  |  | Результаты лабораторных исследований сообщаются своевременно |
|  |  |  | Проводится мониторинг своевременности выполнения экстренных лабораторных исследований |
|  |  |  | На каждый вид лабораторного исследования определяются границы нормы, которые по возможности указаны в бланке с результатом исследования и при необходимости пересматриваются |
|  |  |  | Определяются критические (значительно отклоненные от нормы) результаты лабораторных исследований, при выявлении которых персонал лаборатории в течение 30 минут информирует врача или пост стационарного отделения (смотреть критерии 56.1 и 56.3)  |
| Стандарт 91.0 |  |  | **91.0 ОБРАЩЕНИЕ С БИОМАТЕРИАЛОМ ПАЦИЕНТА****Процессы сбора, идентификации и маркировки, транспортировки, утилизации биоматериала пациента стандартизуются \*** | Выделен в отдельный стандарт в соответствии с международными требованиями |
|  |  |  | Прописывается и выполняетсяпроцесс назначения лабораторного исследования врачом и выписывания направления в лабораторию |  |
|  |  |  | Прописывается и выполняетсяпроцесс сбора биоматериала, его идентификации и маркировки |
|  |  |  | Прописывается и выполняетсяпроцесс безопасной транспортировки, обращения с биоматериалом пациента |
|  |  |  | Прописывается и выполняетсяпроцесс приема лабораторией, регистрации, отслеживания и хранения биоматериала пациента |
|  |  |  | Вышеуказанные требования выполняются субподрядными организациями, выполняющими лабораторные исследования для пациентов организации |
| Стандарт 92.0 |  |  | **92.0 ЛАБОРАТОРНАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ****Внедряется и выполняется программа лабораторной безопасности, взаимосвязанная с инфекционным контролем и безопасностью здания \***  | Выделен в отдельный стандарт в соответствии с международными требованиями |
|  |  |  | Сотрудники лаборатории защищаются от рисков через ношение средств индивидуальной защиты, специальной одежды, пользование защитным оборудованием и устройствами (например, очки, ламинарный шкаф) |  |
|  |  |  | Все сотрудники лаборатории обучаются основам лабораторной безопасности при трудоустройстве и периодически в ответ на инциденты, при получении нового оборудования или изменении методов работы \*\* |
|  |  |  | Программа лабораторной безопасности запрещает в рабочих зонах лаборатории есть, пить, курить, применять косметику, прикасаться к контактной линзе или к губам |
|  |  |  | Инциденты, связанные с безопасностью (например, укол иглой, контакт с биоматериалом), сообщаются и по ним принимаются корректирующие меры (смотреть критерии 9.2; 26.5; 43.5) |
|  |  |  | Раз в год или чаще лицо, ответственное за лабораторные услуги, выступает с отчетом по лабораторной безопасности на заседании Комиссии по безопасности здания |
| Стандарт 93.0 |  |  | **93.0 КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА В ЛАБОРАТОРИИ****Проводится внутренний и внешний контроль качества лабораторных услуг** | Выделен в отдельный стандарт в связи с важностью внутреннего и внешнего контроля качества лабораторных услуг |
|  |  |  | Проводится внутренний контроль качества лабораторных услуг через оборудование или вручную путем выборочной перепроверки результатов исследований |  |
|  |  |  | Внутренний контроль качества проводится регулярно (желательно ежедневно) и не требует документации, если выполняется автоматически на оборудовании  |
|  |  |  | Проводится внешний контроль качества лабораторных услуг через референс-лабораторию или выборочную перепроверку биоматериала внешней организацией |
|  |  |  | Внешний контроль качества проводится раз в год и подтверждается документально \*\* |
|  |  |  | При неудовлетворительном результате внутреннего или внешнего контроля качества, принимаются корректирующие действия |
| Стандарт 94.0 |  |  | **94.0 ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОРУДОВАНИЕ****Лабораторное оборудование поддерживается в рабочем состоянии**  | Выделен в отдельный стандарт в связи с важностьюподдерживания лабораторного оборудования в рабочем состоянии |
|  |  |  | Все лабораторное оборудование регулярно инспектируется, поддерживается, калибруется и эти действия документируются (смотреть критерии 44.1 – 44.5) |  |
|  |  |  | Лабораторное оборудование обслуживается сотрудниками организации или за счет договора с внешней организацией  |  |
|  |  |  | Все сотрудники обучаются работе с оборудованием, с которым они работают |  |
|  |  |  | Если лабораторное оборудование находится вне лаборатории и им пользуются сотрудники клинических отделений, то они проходят обучение работе с оборудованием от руководителя или сотрудника лаборатории |  |
|  |  |  | Раз в квартал руководитель или сотрудник лаборатории проверяет все единицы лабораторного оборудования, которое находится вне лаборатории (тестирование реагентов или функций оборудования) \*\* |  |
| Стандарт 95.0 |  |  | **95.0 СЛУЖБА (БАНК) КРОВИ****Обращение с кровью и ее компонентами соответствует законодательным актам Республики Казахстан, а также профессиональным стандартам** | Выделен в отдельный стандарт в связи с важностью выполнения контроля качества и соблюдения требований законодательства Республики Казахстан и профессиональных стандартов при обращении с кровью и ее компонентами  |
|  |  |  | Прописывается и выполняется процесс сбора или доставки в организацию крови и ее компонентов |  |
|  |  |  | Прописывается и выполняется процесс хранения крови, заказа крови внутри организации, маркировки и доставки до места ее переливания |
|  |  |  | Прописывается и выполняется процесс идентификации пациента, тестирования совместимости и переливания крови и ее компонентов |
|  |  |  | Прописывается и выполняется процесс наблюдения за состоянием пациента после переливания крови и ее компонентов и ответных действий при признаках пост-трансфузионных реакций |
|  |  |  | Выполняется контроль качества и соблюдение требований законодательных актов Республики Казахстан и профессиональных стандартов |
|  |  |  | **D5: Служба лучевой диагностики** |  |
| Стандарт 96.0 |  |  | **96.0 ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ****Услуги лучевой диагностики являются доступными для удовлетворения нужд пациентов и соответствуют законодательству и профессиональным требованиям \***  | Выделен в отдельный стандарт в связи с важностью выполнения контроля качества и соблюдения требований законодательства Республики Казахстан и профессиональных стандартов при организации службы лучевой диагностики |
|  |  |  | Руководством медицинской организации определяется квалифицированное лицо, осуществляющее контроль за услуги лучевой диагностики, оказываемые для пациентов медицинской организации |  |
|  |  |  | Только квалифицированные лица проводят и интерпретируют радиологические, ультразвуковые и другие виды исследования в лучевой диагностике |  |
|  |  |  | Оказываемые услуги лучевой диагностики соответствуют законодательным актам Республики Казахстан |  |
|  |  |  | Определенные услуги лучевой диагностики являются доступными круглосуточно для экстренных ситуаций, возникающих во внерабочее время  |  |
|  |  |  | Услуги лучевой диагностики, оказываемые субподрядными организациями по договору, контролируются через индикаторы или требования, прописываются в договоре, и при неудовлетворительном качестве услуг принимаются меры \*\*  |  |
| Стандарт 97.0 |  |  | **97.0 ВРЕМЕННЫЕ РАМКИ ИССЛЕДОВАНИЙ****Определяются временные рамки на каждый вид исследования в лучевой диагностике \*** | Выделен в отдельный стандарт в соответствии с международными требованиями |
|  |  |  | На каждый вид радиологического исследования (рентген, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография) определяются временные рамки, в течение которых должно быть готово заключение  |  |
|  |  |  | Заключение радиологических исследований готовится своевременно |
|  |  |  | Проводится мониторинг своевременности выполнения экстренных радиологических исследований |
|  |  |  | Во внерабочее время снимок или диск с радиологическим исследованием может быть выдан дежурному/ лечащему врачу без заключения при условии, что врач имеет привилегию по интерпретации исследования (смотреть критерии 24.1 и 27.3)  |
|  |  |  | Определяются критические (значительно отклоненные от нормы) результаты радиологических исследований, при выявлении которых персонал информирует врача или пост стационарного отделения (смотреть критерии 56.1 и 56.3)  |
| Стандарт 98.0 |  |  | **98.0 РАДИАЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ****Внедряется и выполняется программа радиационной безопасности, взаимосвязанная с инфекционным контролем и безопасностью здания \*** | Выделен в отдельный стандарт в связи с важностью **в**недрения и выполнения программы радиационной безопасности, взаимосвязанной с инфекционным контролем и безопасностью здания |
|  |  |  | Сотрудники защищаются от радиации через ношение рентген-защитной одежды, пользование защитными устройствами, ношение индивидуальных дозиметров  |  |
|  |  |  | Все сотрудники радиологической службы обучаются основам радиационной безопасности при трудоустройстве и периодически в ответ на инциденты, при получении нового оборудования или изменении методов работы \*\* |
|  |  |  | 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 \*\* |
|  |  |  | 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) |  |
|  |  |  | Раз в год или чаще лицо, ответственное за радиационную безопасность, выступает с отчетом по радиационной безопасности на заседании Комиссии по безопасности здания  |
| Стандарт 99.0 |  |  | **99.0 РАДИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ****Радиологическое оборудование поддерживается в рабочем состоянии** | Выделен в отдельный стандарт в связи с важностью поддержания радиологического оборудования в рабочем состоянии |
|  |  |  | 99.1Все оборудование по лучевой диагностике (рентген, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование и другие) регулярно инспектируется, поддерживается, калибруется и эти действия документируются (смотреть критерии 44.1 – 44.5) |  |
|  |  |  | 99.2Оборудование по лучевой диагностике обслуживается сотрудниками организации или за счет договора с внешней организацией  |  |
|  |  |  | 99.3Все сотрудники обучаются работе с оборудованием, с которым они работают |  |
|  |  |  | 99.4Есть список всего оборудования по лучевой диагностике |  |
|  |  |  | 99.5Требования к технической спецификации и характеристикам закупаемого оборудования по лучевой диагностике определяется специалистом по лучевой диагностике  |  |
| Стандарт 100.0 |  |  | **100.0 КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА В РАДИОЛОГИИ****Проводится внутренний и внешний контроль качества радиологических исследований** | Выделен в отдельный стандарт в связи с важностью проведения внутреннего и внешнего контроля качества радиологических исследований для безопасности пациентов и сотрудников |
|  |  |  | 100.1 Внутренний контроль качества проводится регулярно (желательно ежедневно) и не требует документации, если выполняется автоматически на оборудовании  |  |
|  |  |  | 100.2 Ежегодно проводится внешний контроль качества путем выборочной перепроверки заключения внешним экспертом («второе чтение») |  |
|  |  |  | 100.3 Существует список внешних экспертов с контактными данными, к которым может обратиться организация при сомнительном, сложном случае («второе чтение») \*\* |  |
|  |  |  | 100.4 Знания, квалификация внешних экспертов подтверждены документально |  |
|  |  |  | 100.5 При неудовлетворительных данных контроля качества принимаются меры |  |