**Пояснительная записка**

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

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Структурный элемент** | **Действующая редакция**  **2 пересмотр** | | | | **Предлагаемая редакция**  **3 пересмотр** | **Обоснование**  **Кроме ссылки на поручения необходимо указать:**  **1) Суть поправки;**  **2) Четкое обоснование каждой вносимой поправки** |
|  | Заголовок главы | 1. Общие положения | | | | Глава 1. Общие положения | Редакционная правка |
| 1. | Стандарт 1 | **1.0**  **ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ**  **Этические нормы определяют направление деятельности организации и процесс принятия решений.** | | | | **Раздел А**  **1.0 УПРАВЛЯЮЩИЙ ОРГАН**  **Функции управляющего органа (Наблюдательный Совет, Совет директоров, Совет учредителей или уполномоченный орган) медицинской организации описываются в документах.** | Добавлен новый стандарт в связи с усилением координации деятельности медицинской организации и внедрением корпоративного управления |
| 1.1 Формулировка целей или предназначения медицинской организации осуществляется руководством организации при содействии персонала с учетом рекомендаций заинтересованных сторон и представляет собой основу для планирования и определения направлений развития организации. | | | |
| 1.1 Структура и функции управляющего органа медицинской организации, включая делегированные высшему руководителю(-ям) медицинской организации полномочия, описываются в документах (Устав или иной документ) ). \*\* |  |
|  |
| 1.2 В медицинской организации имеется определенный комплекс ценностей, которыми она руководствуется при принятии решений и определении правил поведения сотрудников. | | | | 1.2 Члены Управляющего органа представляются по имени и должности в документах . \*\* |
| 1.3 Медицинская организация разрабатывает этические правила, охватывающие вопросы в отношении деятельности медицинской организации и обслуживания пациентов. | | | | 1.3 Управляющим органом разрабатывается порядок оценки работы руководителя(-лей) медицинской организации с критериями оценки руководителя(-лей) медицинской организации. \* |
| 1.4 Управляющий орган ежеквартально рассматривает отчеты медицинской организации об основной деятельности, включая сведения о медицинских ошибках, жалобах и случаях смерти, и результатах проведенного анализа. \*\* |
| 1.4 Персонал регулярно проходит обучение по вопросам этики и деонтологии. | | | |
| 1.5 В медицинской организации внедрен процесс выявления, анализа и принятия мер по фактам нарушения этических норм. | | | | 1.5 Документируется ежегодная оценка работы управляющего органа и руководителя(-лей) медицинской организации . \*\* |
| 2 | Стандарт 2 | **2.0 УПРАВЛЕНИЕ**  **В медицинской организации осуществляется эффективное управление в соответствии с ее правовым статусом и ответственностью.** | | | | **2.0 СТРАТЕГИЧЕСКОЕ И ОПЕРАЦИОННОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ**  **Руководители медицинской организации планируют услуги согласно потребностям населения**  2.1 В документе для стратегического планирования (стратегия развития или стратегический план) излагаются миссия, видение, ценности, стратегические цели, задачи и индикаторы исполнения задач. \*\*  2.2 Коллективно разработанный документ для стратегического планирования деятельности организации согласовывается управляющим органом. \*\*  2.3 На основании документа для стратегического планирования руководство коллективно разрабатывает и утверждает документы для операционного планирования деятельности (операционный или производственный план организации на год). \*\*  2.4 Руководство ежеквартально проводит мониторинг выполнения операционного плана работы (планов работы подразделений) и данные по индикаторам. \*\*  2.5 Руководство планирует бюджет и обеспечивает медицинскую организацию необходимыми ресурсами для реализации стратегических, операционных задач и исполнения протоколов диагностики и лечения. \*\* | Стандарт 2.0 «Управление» в действующей редакции заменен на стандарт «Стратегическое и операционное планирование» в предлагаемой редакции, предусматривающий связь стратегического планирования с операционным. |
| 2.1 | | | Обязанности руководства организации включают следующее:   1. определение и рассмотрение этических норм; 2. согласование и утверждение стратегического, оперативного планов организации, а также плана обеспечения качества медицинских услуг; 3. утверждение бюджета и обеспечение организации соответствующими ресурсами для выполнения поставленных целей и задач; 4. мониторинг и оценка достижения результатов стратегических и оперативных планов и качества медицинских услуг; 5. назначение или утверждение руководителей структурных подразделений и оценка эффективности их деятельности. |
| 2.2 | | | Медицинская организация действует в соответствии с конституционными и юридическими нормами Республики Казахстан, и имеет требуемые правоустанавливающие документы, в том числе:  1) свидетельство о государственной (учетной) регистрации (перерегистрации);  2) устав (положение);  3) РНН, БИН. |  |  |
|  | 2.3 | | | Руководство организации обеспечивает осуществление деятельности путем:  1) получения, рассмотрения и реагирования на предписания государственных органов;  2) своевременной актуализации пакета действующих нормативных правовых актов;  3) принятия активных действий по доведению их до заинтересованных лиц;  4) обеспечения доступности базы нормативных правовых актов для персонала медицинского учреждения. |  |  |
| 2.4 | | | Медицинская организация информирует общественность:   1. об оказываемых услугах и условиях их получения; 2. о деятельности и принимаемых решениях, которые могут повлиять на предоставляемые услуги; 3. о качестве оказываемых услуг и достигнутых результатах. |  |  |
| 3. | Стандарт 3 | **3.0**  **СТРАТЕГИЧЕСКОЕ И ОПЕРАТИВНОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ**  **Организация планирует свои услуги с целью удовлетворения потребностей населения и осуществляет четкое руководство по его реализации.** | | | | **3.0**  **ОПЕРАЦИОННОЕ УПРАВЛЕНИЕ**  **Эффективное управление медицинской организации осуществляется в соответствии с ее правовым статусом и ответственностью.** | Стандарт «Стратегическое и оперативное планирование» действующей редакции заменен на стандарт «Операционное управление» в предлагаемой редакции в связи с приоритетностью эффективного управления  медицинской организацией в соответствии с миссией и видением организации |
|  | 3.1 | | | В стратегическом плане развития, разработанном руководством совместно с персоналом, излагаются долгосрочные цели, задачи, стратегии для осуществления миссии медицинской организации. | 3.1 Миссия и видение организации являются доступными для сотрудников медицинской организации и для населения. |
|  | 3.2 | | | Стратегический план основан на:  1) целях и этических нормах организации;  2) потребностях обслуживаемого населения;  3) анализа полученных отзывов от пациентов/ семей и общественности;  4) количественных и качественных показателях оказания медицинских услуг;  5) правительственных стратегиях и приоритетах в здравоохранении;  6) ожидаемых результатах по достижению целей и задач организации (индикаторах оценки). | 3.2 Медицинская организация действует в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан и своевременно реагирует на результаты проверок уполномоченных органов (смотреть критерий 15.3). \*\* |
|  | 3.3 | | | Комплексный годовой план разработан и согласован со всеми структурными подразделениями медицинской организации:   1. в соответствии со стратегическим планом; 2. с рассмотрением непосредственных приоритетов; 3. содержит задачи и план мероприятий по всем услугам; 4. определяет укомплектование штата, финансовые и материальные ресурсы для обеспечения выполнения запланированных действий. | 3.3 Для каждого структурного подразделения утверждается положение о подразделении с описанием основных функций или списка оказываемых услуг. \* |
|  |  | 3.4 | | | Медицинской организацией и ее структурными подразделениями регулярно рассматривается достигнутый прогресс в реализации годового плана в сравнении с целями и планом мероприятий:   1. уровень достижения целей и ожидаемых результатов; 2. выполнение запланированных действий; 3. адекватность ресурсной поддержки; 4. соблюдение запланированных сроков; 5. нереализованные задачи и проблемы; 6. дальнейшие планируемые шаги. | 3.4 Руководитель каждого структурного подразделения или службы отчитывается руководству организации о статусе выполнения поставленных задач и достижении желаемых порогов по индикаторам (смотреть критерии 8.1 и 8.2). \*\* |
|  |  | 3.5 | | | Служба внутреннего аудита проводит анализ достигнутых результатов в сравнении с годовым планом, информация предоставляется руководителю медицинской организации и руководителям структурных подразделений для планирования дальнейших действий. | 3.5 В решении ежедневных проблем руководство демонстрирует предпочтение плановой системной работе по предупреждению рисков вместо реактивной работы по устранению кризисных ситуаций (смотреть критерии 9.1; 9.4; 9.5). |
|  | 3.6 | | | Решения относительно планируемых улучшений, внесенных в годовой план, сообщаются и обсуждаются с персоналом и передаются при необходимости соответствующим внешним службам. |  |  |
| 4. | Стандарт 4 | **4.0**  **ОБЩЕЕ УПРАВЛЕНИЕ**  **Медицинская организация имеет структуру управления и подотчетности. Управление осуществляется квалифицированными менеджерами.** | | | | **4.0 ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА**  **Организационная структура соответствует миссии и деятельности организации.** | Критерий 4.8 (2 версия стандартов) выделен в отдельный стандарт в связи с приоритетностью организационной структуры в сбалансированной работе структурных подразделений организации |
| 4.1 | | | Руководитель медицинской организации является ответственным и отчитывается за следующее:   1. все оперативные вопросы, включая управление рисками и повышение качества, инфекционный контроль, охрану здоровья/труда и безопасность; 2. о клинической, управленческой и финансовой деятельности перед руководящим органом и вышестоящими государственными органами; 3. реагирование на любые сообщения, полученные от контрольных и регулирующих органов. | 4.1 Организационная структурапредставляется в виде схемы, утверждается и доводится до сведения персонала организации. \*\* |
|  | | |  | 4.2 В организационной структуре представляется лицо, осуществляющее контроль общего управления организацией и (или) лицо, осуществляющее контроль клинических вопросов. |  |
| отсутствует | 4.3 В организационной структуре представляется лицо, осуществляющее контроль сестринского ухода; лицо, осуществляющее контроль качества и иные руководящие лица для реализации миссии организации. |
| 4.2 | | | Руководитель медицинской организации имеет образование, квалификацию, стаж и опыт работы. | 4.4 В организационной структуре представляется лицо, осуществляющее контроль эффективного управления финансовыми ресурсами. |
| 4.3 | | | В должностной инструкции руководителя медицинской организации ясно определена его роль, права и обязанности. | 4.5 Организационная структура пересматривается коллективно на основании инициатив руководителей структурных подразделений, при значительном изменении деятельности, в целях совершенствования и способствует координированной работе между подразделениями и службами. |
| 4.4 | | | Эффективность работы руководителя организации определяется достижениями в деятельности медицинской организации, отчет по исполнению запланированных мероприятий предоставляется в вышестоящую организацию. |  |  |
| 4.5 | | | Функции и полномочия каждого структурного подразделения определены и доведены до сведения сотрудников. |  |  |
| 4.6 | | | Каждое подразделение медицинской организации возглавляется руководителем, имеющим образование, квалификацию, стаж и опыт работы. |  |  |
| 4.7 | | | Лица, ответственные за клиническую деятельность медицинской организации обеспечивают:   1. планирование и оценку клинической практики; 2. предоставление консультаций по клиническим вопросам руководителю организации и заведующим подразделениями; 3. мониторинг стандартов клинического лечения; 4. контроль и оказание содействия персоналу. |  |  |
| 4.8 | | | Организационная структура:   1. оформлена документально и представлена в виде схемы; 2. соответствует целям, задачам и функциям организации; 3. четко отражает структуру подчинения персонала;   4) помогает отделам и службам скоординировать планирование и оказание услуг. |  |  |
| 4.9 | | | Структура организации регулярно рассматривается и доводится до сведения всего персонала организации и других соответствующих лиц. |  |
|  | 4.10 | | | Медицинская организация согласовывает свою деятельность и услуги, предоставляя планы и стратегии государственным органам управления или другим медицинским организациям в целях обеспечения преемственности. |  |
| 5 | Стандарт 5 | **5.0**  **УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ И ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА**  **Медицинская организация сводит к минимуму возможные риски, постоянно проводит их мониторинг и оценку, а также повышает качество предоставляемых услуг.** | | | | **5.0**  **ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ**  **Определяются и соблюдаются этические нормы организации.** | Выделен в отдельный стандарт в соответствии с международной практикой в области повышения безопасности пациентов и соблюдения этических норм в деятельности организации |
| 5.1 | | | План управления рисками для медицинской организации:   1. основан на информации, полученной из стратегического плана;   результатов анализа клинических показателей;  результатов анализа отзывов пациентов и неблагоприятных событий;  службы инфекционного контроля;  результатов анализа укомплектования персоналом и обеспечения ресурсами;  результатов анализа состояния окружающей обстановки;   1. определяет, оценивает и располагает по приоритетам все риски с точки зрения их вероятности и последствий нанесенного вреда здоровью и материального ущерба; 2. включает стратегии управления такими рисками; 3. имеется в наличии и распространяется среди персонала для ознакомления.   Примечание: План управления рисками может включать такие элементы, как политика, критерии для оценки рисков, обязанности и функции по управлению рисками, необходимую подготовку кадров, список идентифицированных рисков (стратегических, эксплуатационных, финансовых и рисков опасности) - реестр рисков или подобный документ с анализом рисков и их уровня, выводы касательно планов работы с рисками или мер по контролю основных рисков, включая процессы по передаче информации заинтересованным сторонам. | 5.1 В медицинской организации определяются этические нормы, которыми она руководствуется при организации своей деятельности, в том числе при принятии решений и определении политик поведения сотрудников. |
| 5.2 | | | Медицинская организация обучает своих сотрудников правилам снижения рисков, путем:   1. обнаружения, оценки и сообщения о ситуациях, включающих риск; 2. управления ситуациями, имеющими потенциальный риск; 3. предотвращения или контроля инфекции; 4. безопасного использования оборудования и материалов; 5. безопасного метода транспортировки людей и грузов. | 5.2 В медицинской организации разрабатывается и утверждается этический кодекс или политика по этике, охватывающие права, обязанности и ответственность персонала при осуществлении своей профессиональной деятельности. \* |  |
| 5.3 | | | План управления рисками регулярно проверяется и пересматривается в целях обеспечения его эффективности путем:   1. контроля за фактическим выполнением требований правил управления рисками; 2. пересмотра определенных рисков; 3. внесения улучшений в план управления рисками, используя результаты, полученные в процессе контроля выполнения требований, правил управления рисками и пересмотра определенных рисков. | 5.3 Персонал проходит обучение по вопросам этики. |  |
|  | | |  | 5.4 В медицинской организации внедряется процесс выявления, своевременного анализа и принятия мер по этическим дилеммам, включающим решение прекратить или не продолжать лечение, отказать в лечении, или когда лечение будет предоставлено против желания пациента в связи с требованиями законодательных актов и другие этически-сложные ситуации. |  |
|  | | |  | 5.5 В медицинской организации создается Этический комитет для рассмотрения этических вопросов при оказании медицинской помощи в данной организации. \*\* |  |
|  |  | 5.4 | | | В медицинской организации имеется непрерывная система повышения качества медицинских услуг, включающая:   1. участие всех подразделений медицинской организации; 2. определение приоритетов медицинской организации по контролю качества предоставляемых услуг и их обновление с учетом нужд и потребностей пациентов, процессов, которые представляют высокий риск, большой объем, являются дорогостоящими или проблемными; 3. сбор, анализ и оценку данных мониторинга и аудита; 4. информирование руководства и сотрудников. |  |  |
|  |  | 5.5 | | | Ежегодный план повышения качества:   1. разрабатывается совместно с руководителями структурных подразделений; подробно определяет мероприятия по контролю качества, планы действия, их цели и методы достижения; 2. определяет график проведения аудита, сбора данных по качественным показателям; 3. определяет ответственных лиц и сроки исполнения. |  |  |
|  |  | 5.6 | | | План повышения качества включает мониторинг, отчетность и оценку:   1. показателей эффективности лечения по приоритетным заболеваниям и ключевым процессам, например, время ожидания, уровень повторной заболеваемости и госпитализации, ошибки в назначении лекарственных средств, инфекции и несчастные случаи; 2. удовлетворенности пациента и его семьи, оказанными медицинскими услугами. |  |  |
|  |  | 5.7 | | | Руководители структурных подразделений ответственны за реализацию плана по повышению качества, включая следующее:   1. мониторинг соответствующих показателей; 2. мониторинг выполнения стандартов, политик, процедур, клинических протоколов и правил; 3. рассмотрение фактов обращений и предложений со стороны пациентов и их семей; 4. проекты по улучшению качества оказываемых медицинских услуг. |  |  |
|  |  | 5.8 | | | Внутренняя служба по контролю качества:   1. получает отчеты по мероприятиям обеспечения качества; 2. анализирует собранные данные и классифицирует их по направлениям; 3. отчитывается перед руководителями структурных подразделений и руководителями организации. |  |  |
|  |  | 5.9 | | | Информация и отчеты о повышении качества обсуждаются на производственных или клинических встречах и конференциях. Сотрудники организации, руководители структурных подразделений и руководство организации участвуют в принятии решений по определенным действиям в области улучшения качества. |  |  |
|  |  | 5.10 | | | Проводится аудит медицинской организации с целью оценки качества предоставляемых медицинских услуг и соответствия с утвержденными клиническими протоколами и правилами:   1. уполномоченным лицом/группой экспертов; 2. в соответствии с графиком проведения клинических аудитов использования клинических протоколов, которые имеются в достаточном количестве. |  |  |
|  |  | 5.11 | | | Результаты клинического аудита и обзора клинических случаев:   1. обсуждаются в работе соответствующих комиссий, на собраниях или конференциях; 2. используются для улучшения процессов оказания медицинской помощи; 3. включаются в отчеты по выполнению программы повышения качества. |  |  |
|  |  | 5.12 | | | Мероприятия по повышению качества запланированы, предприняты соответствующие меры и действия, оценена эффективность действий. Персонал, клиенты/ пациенты информированы о результатах оценки. |  |  |
|  |  | 5.13 | | | Персонал следует документированным политикам и процедурам при выполнении своих должностных обязанностей в каждом структурном подразделении. |  |  |
|  |  | 5.14 | | | Политики и процедуры, утвержденные руководством:   1. ежегодно обновляются; 2. разрабатываются с участием персонала;   доступны персоналу на рабочих местах. |  |  |
| 6 | Стандарт 6.0 | | **6.0 УПРАВЛЕНИЕ ФИНАНСАМИ**  **Финансовые ресурсы медицинской организации управляются и контролируются для оказания содействия в достижении целей.** | | | **6.0 КУЛЬТУРА БЕЗОПАСНОСТИ**  **Руководство организации внедряет и поддерживает культуру безопасности, поощряющую выявление ошибок и принятие системных мер по улучшению работы вместо наказания** | Разработан новый стандарт.  В соответствии с международными требованиями внедряется новая терминология в области повышения качества медицинских услуг, деятельность руководства медицинской организации, поощряющая выявление ошибок и принятие системных мер по улучшению работы вместо наказания |
|  |  | | 6.1 | Руководство ежегодно утверждает план финансово-хозяйственной деятельности:   1. подготовленный финансово-экономическим блоком медицинской организации; 2. с участием персонала медицинской организации; 3. основанный на предполагаемых доходах и сметах расходов; 4. на основе задач и планируемых мероприятий годового плана. | | 6.1 Руководством медицинской организации поддерживается баланс между профессиональной ответственностью и некарательной обстановкой для выявления ошибок и «почти ошибок». |  |
|  |  | | 6.2 | Порядок и процедуры финансовой деятельности медицинской организации документируются и включают следующее:   1. оперативность выставления счетов и оплаты счетов; 2. бухгалтерский учет; 3. полномочия по закупке и расходованию средств, процедура передачи полномочий; 4. страхование; 5. управление активами. | | 6.2 Медицинской организацией обеспечивается страхование профессиональной ответственности медицинских работников с высоким риском возникновения конфликтов касательно профессиональной ответственности. \*\* |
|  |  | | 6.3 | Бухгалтерский учет основан на достоверной финансовой информации обо всех источниках доходов и расходов, и обеспечивает своевременные и точные финансовые отчеты для принятия решений. | | 6.3 Руководство и сотрудники обучаются определениям «культура безопасности», «инцидент», «почти ошибка (потенциальная ошибка)», процессу сообщения об инцидентах, предоставлению отчетов и расследованию инцидентов (например, применение анализа корневых причин) |
|  |  | |  |  | | 6.4 В медицинской организации внедряется процесс выявления, документации в медицинской карте, процесса сообщений и анализа инцидентов, включая ошибки с нанесением вреда пациенту, ошибки без вреда пациенту и «почти ошибки». |
|  |  | | 6.4 | Прибыли, убытки и расходы на услуги регулярно отслеживаются в сравнении с бюджетом и предоставляются руководству медицинской организации в виде ежемесячных финансовых отчетов. | | 6.5 Руководством осуществляются системные меры по фактам расследования ошибок и «почти ошибок» с выявлением причины возникновения инцидентов для улучшения деятельности организации \*\* |  |
|  |  | | 6.5 | Существует система внутреннего финансового контроля и аудита. | |  |  |
|  |  | | 6.6 | Внешний финансовый аудит проводится в соответствии с НПА. | |  |  |
|  |  | | 6.7 | Медицинские услуги, осуществляемые на платной основе:  1) имеется прейскурант цен;  2) цены рассчитаны на основе затрат;  3) оплата платных услуг проводится в соответствии с законодательством Республики Казахстан. | |  |  |
|  |  | | 6.8 | Список утвержденных платных услуг и их цен доступен населению. | |  |  |
|  |  | | 6.9 | Медицинская организация проводит аудит платных услуг для подтверждения, что:   1. цены соответственные, а расходы и платежи осуществляются надлежащим образом, согласно документально оформленным процессам; 2. средства используются по целевому назначению. | |  |  |
|  |  | | 6.10 | Оплата труда сотрудникам, перечисления в пенсионный фонд и другие обязательные отчисления:   1. осуществляются своевременно; 2. основаны на утвержденной структуре заработных плат и вознаграждений сотрудникам медицинской организации. | |  |  |
|  |  | | 6.11 | Отчеты своевременно направляются в налоговые органы и органы государственной статистики. | |  |  |
| 7 | Стандарт 7.0 | | **7.0**  **ИНФОРМАЦИОННОЕ УПРАВЛЕНИЕ**  **Организация систематически управляет и защищает свою информацию в целях удовлетворения информационных потребностей и задач.** | | | **7.0 УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ**  **В медицинской организации определяется лицо, ответственное за координацию мероприятий по улучшению качества и утверждается документ, определяющий основные направления работы по улучшению качества.** | Критерий 5.5 (2версия) выделен в стандарт 7.0 предлагаемой редакции для разделения системы управления рисками от управления качеством медицинских услуг |
|  |  | | 7.1 | В медицинской организации имеется единая автоматизированная информационная система по управлению ее деятельностью, включающая:   1. наличие совместимых компьютеров и пакетов прикладных программ, отвечающих нуждам каждого отдела; 2. лицензионное программное обеспечение; 3. управление текущими расходами; 4. процедуры необходимых обновлений программного обеспечения; 5. текущее техническое обслуживание; 6. обучение персонала. | | 7.1 Лицо, осуществляющее контроль координации программы по улучшению качества обладает необходимыми навыками и знаниями в области улучшения качества \*\*(смотреть критерий 4.3). |  |
|  |  | | 7.2 | Медицинская организация обеспечивает конфиденциальность, безопасность и целостность информации путем:   1. установки уровней защиты для доступа персонала к особо важной информации; 2. обучения персонала о неразглашении частной или личной информации и соблюдения конфиденциальности; 3. ограничения доступа к конфиденциальной информации, в том числе информации о пациенте. | | 7.2 Управляющий орган медицинской организации ежегодно утверждает документ (программа или план мероприятий) для непрерывного улучшения качества услуг и повышения безопасности пациента с вовлечением всех подразделений организации. \* |
|  |  | | 7.3 | Документально оформленные процедуры защиты информации используются персоналом и включают:   1. создание резервных копий файлов; 2. хранение резервных копий; 3. восстановление данных в случае чрезвычайных ситуаций | | 7.3 В документе для непрерывного улучшения качества услуг прописывается определение термина «экстремальное событие», что включает, но не ограничивается следующим:   1. случай смерти, не связанной с естественным течением заболевания; 2. процедура или операция, проведенная «не тому пациенту», «не на том месте» или «не та процедура»; 3. значительные побочные эффекты или реакция на анестезию или седацию; 4. значительные побочные эффекты на лекарственные средства;   инцидент с нанесением вреда пациенту и иные события, определенные организацией. |
|  |  | | 7.4 | Персонал клиники имеет доступ к надежным Интернет-ресурсам и телекоммуникационным технологиям для выполнения своих профессиональных обязанностей. | | 7.4 Экстремальное событие подлежит анализу корневых причин в течение 45 дней с момента происшествия или с момента выявления и сообщается управляющему органу медицинской организации в составе квартального отчета с указанием принятых системных мер по улучшению работы (смотреть критерий 1.4) и пациентам для информирования \*\* |
|  |  | | 7.5 | Персонал может получить информацию о достижениях и передовых технологиях в здравоохранении посредством:   1. предоставления актуальной медицинской информации, руководств по эксплуатации медицинского оборудования, базы по лекарственным препаратам в библиотеке или другом доступном месте; 2. участия в профессиональных конференциях, семинарах и учебных программах. | | 7.5 Руководители организации и руководители подразделений обучаются методам (инструментам) улучшения качества и надлежащему использованию данных (смотреть критерий 19.3). |
|  |  | | 7.6 | Медицинская организация использует стандартный процесс управления документацией, соответствующий требованиям законодательства РК и включающий следующее:   1. утвержденную номенклатуру дел с указанием сроков хранения; 2. файлы/папки во всех отделениях сводятся в единую номенклатуру; 3. документы хранятся в папках в соответствии с номенклатурой дел. | |  |  |
|  |  | | 7.7 | Внутренние документы, регулирующие деятельность организации:   1. утверждены и подписаны ответственным лицом; 2. имеют дату ввода и сроки действия; 3. обновляются по потребности; 4. контролируются на своевременность выполнения ответственными лицами. | |  |  |
|  |  | | 7.8 | Медицинские записи о пациентах:  1) защищены от потери, уничтожения, искажения и неправомочного доступа или использования;  2) доступны только уполномоченному персоналу;  3) удобны для доступа, но с соблюдением конфиденциальности;  4) не должны выноситься из помещения без специального разрешения. | |  |  |
|  |  | | 7.9 | Медицинская документация архивируется:   1. в соответствии с документированной процедурой по архивированию документов, их передаче в архив и правилами получения документов из архива; 2. под руководством ответственного лица; 3. помещение архива находится в защищенном от доступа посторонних лиц месте и оборудовано стеллажами (шкафами); 4. и выписки из амбулаторных карт предоставляются только определенным лицам по запросу. | |  |  |
| 8 | Стандарт 8.0 | | **8.0 УПРАВЛЕНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ**  **Эффективное планирование и управление человеческими ресурсами повышает производительность труда персонала и является инструментом в достижении медицинской организацией поставленных целей и задач.** | | | **8.0 НЕПРЕРЫВНОЕ ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА**  **В медицинской организации внедряется программа непрерывного улучшения качества услуг и безопасности пациента.** | Выделен в отдельный стандарт в связи с приоритетностью  повышения качества медицинских услуг и безопасности пациента |
|  |  | | 8.1 | В медицинской организации используется документированный процесс для определения:  1) уровня укомплектованности персонала, необходимого для выполнения планируемых объемов услуг и работ;  2) уровня требуемого стажа и опыта;  3) наиболее эффективной и рациональной структуры профилей и должностей персонала. | | 8.1 Руководство ежегодно участвует в определении приоритетных индикаторов для организации в целом и для отдельных служб, которые включаются квартальные отчеты медицинской организации об основной деятельности (смотреть критерии 1.4 и 2.4). \*\* |
|  |  | | 8.2 | Медицинская организация разрабатывает и использует политику и процедуры по управлению штатом, включающую назначение, отбор, обучение, оценку, поощрение, сохранение и привлечение компетентного штата в целях выполнения поставленных задач по оказанию медицинских услуг. | | 8.2 Для каждой клинической службы определяются индикаторы c формулой расчета (определенным числителем и знаменателем, если применимо), с желаемым пороговым значением; проводится сбор данных и анализ индикаторов. \*\*  8.3 Проводится аудит медицинских карт в соответствии с внутренними правилами медицинской организации, и результаты аудита применяются для улучшения деятельности. \* |
|  |  | | 8.3 | Доступность специалистов и структура профессиональных навыков персонала:   1. соответствуют функциям каждого подразделения; 2. пересматриваются ежегодно при планировании или по потребности. | |
|  |  | | 8.4 | На все штатные должности разработаны должностные инструкции, которые утверждены руководством медицинской организации. Должностные инструкции доступны каждому сотруднику и включают:  1) квалификацию, навыки, подготовку, опыт работы, требуемые для занятия штатной должности;  2) функциональные обязанности;  3) подотчетность;  4) сроки пересмотра. | | 8.4 Проводится анкетирование удовлетворенности пациентов всех типов (стационара и пациентов, получающих услуги на дому) в соответствии с внутренними политиками и процедурами медицинской организации и результаты анкетирования применяются для улучшения деятельности. \* |
|  |  | |  |  | | 8.5 Проводится обзор клинических случаев и результаты обсуждаются в группах или в работе соответствующих комиссий и применяются для улучшения деятельности. |  |
|  |  | | 8.5 | Назначение/прием на должность производится:  1) подписанием контракта между работником и организацией;  2) в соответствии с требованиями, изложенными в должностной инструкции;  3) в соответствии с трудовым законодательством и обеспечением равных возможностей трудоустройства. | |  |  |
|  |  | | 8.6 | До назначения/приема специалиста, допущенного к клинической практике медицинская организация:  1) проводит оценку его клинических знаний и навыков;  2) проводит проверку предоставленной первичной документации (дипломы, сертификаты);  3) оформляет личное дело с указанием послужного списка, трудового стажа и опыта работы. | |  |  |
|  |  | | 8.7 | Каждый сотрудник имеет подписанный оригинал своей должностной инструкции, копия которой имеется в отделе кадров. | |  |  |
|  |  | | 8.8 | Каждый сотрудник проходит инструктаж для ознакомления с медицинской организацией, ее целями и задачами, а также со своими должностными обязанностями, в соответствии с документированной программой введения в должность. | |  |  |
|  |  | | 8.9 | Персонал в медицинской организации идентифицируется посредством:   1. ношения специального медицинского обмундирования; 2. униформы для технических работников; 3. бейджей с указанием фамилии, имени, отчества и занимаемой должности. | |  |  |
|  |  | | 8.10 | В медицинской организации существует ежегодно проводимая процедура оценки результатов работы специалистов на предмет:  1) соответствия целям и задачам, указанным в должностных инструкциях;  2) определения достижений и нуждающихся в повышении квалификации;  3) процедура документируется и подписывается сотрудником и руководителем подразделения;  4) подшивается к личному делу. | |  |  |
|  |  | | 8.11 | В медицинской организации существует механизм мониторинга деятельности всего клинического персонала, который включает:  1) мониторинг того, что клинический персонал имеет достаточную непрерывную клиническую практику для сохранения своей компетентности;  2) реагирование на проблемы, связанные с компетентностью персонала, посредством дополнительного наставничества, обучения или других процедур;  3) мониторинг того, что клинический персонал занимается клинической деятельностью в рамках своих полномочий и компетенций;  4) регулярную проверку сведений о профессиональной квалификации и компетенций сотрудников. | |  |  |
|  |  | | 8.12 | Составляется бюджет и ежегодный план по повышению квалификации специалистов на основе:  1) анализа потребностей в дополнительной подготовке сотрудников;  2) анализа потребностей медицинской организации, связанных с оказанием услуг. | |  |  |
|  |  | | 8.13 | В медицинской организации имеется политика непрерывного профессионального образования, предусматривающая:  1) регулярное повышение квалификации специалистов (не реже 1 раза в пять лет);  2) средства для повышения квалификации. | |  |  |
|  |  | | 8.14 | Существует полная документированная информация о каждом сотруднике организации, включая записи об обучении, которая относится к конфиденциальной и хранится в защищенном месте. | |  |  |
|  |  | | 8.15 | В медицинской организации проводится анализ ключевых показателей, таких как, отсутствие на работе без уважительной причины, текучесть кадров, результаты которых используются для улучшения. | |  |  |
| 9 | Стандарт 9 | | **9.0**  **БЕЗОПАСНОСТЬ ЗДАНИЙ**  **Окружающая среда медицинской организации является безопасной и комфортной для пациентов, персонала и посетителей.** | | | **9.0 УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ**  **В медицинской организации внедряется программа** **по управлению рисками.** | Выделен в отдельный стандарт по внедрению программы по управлению рисками для улучшения работы медицинской организации. Критерии данного стандарта включают анализ инцидентов («почти ошибок», ошибок, экстремальных событий); результаты анализа применяются для улучшения деятельности, что отсутствовало ранее.  Данные критерии отражают оценку рисков |
|  |  | | 9.1 | Здания медицинской организации   1. отвечают потребностям в площади и расположении подразделений при предоставлении услуг пациентам в повседневной работе и во время чрезвычайных ситуаций; 2. регулярно ремонтируются; 3. отвечают требованиям строительных норм и правил; 4. отвечают требованиям санитарных норм и правил. | | 9.1 Медицинская организация имеет программу по управлению рисками, которая включает следующие элементы \*:  а) цель, задачи, область применения;  б) критерии оценки рисков;  в) ответственность за управление рисками и функции управления рисками;  г) требования по обучению персонала;  д) список выявленных рисков – стратегических, клинических, финансовых и прочих угроз;  е) план действий с указанием мероприятий на каждый значительный риск;  ж) план информирования о рисках заинтересованных сторон. |  |
|  |  | |  | отсутствует | | 9.2 В рамках программы по управлению рисками проводится:  1) выявление;  2) сообщение;  3) регистрация и определение приоритетности;  4) анализ инцидентов («почти ошибок», ошибок, экстремальных событий»);  5) результаты анализа применяются для улучшения деятельности (смотреть критерии 1.4; 6.3; 6.4; 7.3; 7.4). \*\* |
|  |  | |  |  | | 9.3 Раз в год медицинская организация проводит оценку рисков (составляется и обновляется реестр рисков) и принимаются меры по их снижению. \*\* |  |
|  |  | | 9.2 | В медицинской организации принимаются меры по обеспечению безопасности в соответствии с письменной политикой и процедурами, с целью защиты:   1. персонала, работающего в одиночку или в изолированном помещении; 2. 2) пациентов, посетителей и персонала от угрозы физического насилия и потери имущества в дневное и ночное время; 3. лекарственных средств от краж и хищений;   здания, оборудования и имущества от повреждения или утери. | | 9.4 Руководители структурных подразделений знают о существующих рисках (проблемах) в своем подразделении. |
|  |  | |  |  | | 9.5 Руководители структурных подразделений принимают во внимание данные по индикаторам, инциденты, предложения и обращения со стороны пациентов и сотрудников для снижения рисков или для улучшения работы. |
|  |  | | 9.3 | По всей территории медицинской организации на видных местах установлены легко читаемые информационные знаки по технике безопасности, включая знаки:   1. направлений; 2. запрета курения; 3. запретных зон и прочих предупреждений; 4. опасности радиоактивного излучения в помещении; 5. противопожарного оборудования; 6. схем эвакуации при чрезвычайных ситуациях; 7. указателей ближайшего выхода. | |  |  |
|  |  | | 9.4 | Территория медицинской организации обслуживается в должном объеме и соответствует транспортным требованиям:   1. имеются свободные подъездные пути; 2. отведено парковочное место для автомобилей медицинской организации, автомобилей пациентов и посетителей; 3. оснащенный гараж для парковки автомобилей медицинской организации при потребности; 4. соответствующее место для проведения ремонта автомобилей. | |  |  |
|  |  | | 9.5 | В медицинской организации имеется возможность передвижения пациентов и посетителей с ограниченными физическими возможностями, и перемещения грузов:   1. обеспечение работающих пассажирских лифтов в зданиях, состоящих из трех и более этажей, служебных лифтов в лечебные отделения выше второго этажа или выше; 2. пандус, подходящий для детских колясок, инвалидных кресел, каталок и тележек. | |  |  |
|  |  | | 9.6 | Медицинская организация имеет функционирующие водопроводные и канализационные системы, отвечающие требованиям санитарно-гигиенических норм и правил:   1. бесперебойная подача холодной и горячей воды, доступная в местах нахождения пациентов и в других служебных зонах; 2. функционирующая канализационная и дренажная система. | |  |  |
|  |  | | 9.7 | Окружающая обстановка в медицинской организации способствует комфорту и безопасности персонала и пациентов посредством:   1. естественной вентиляции при помощи вытяжки воздуха, открывания окон и/или искусственной – приточно-вытяжной; 2. функционирующей системы центрального или местного отопления равномерно во всех помещениях в холодное время года; 3. адекватного естественного освещения в местах нахождения пациентов; 4. наличия адекватного искусственного освещения, в местах, где отсутствует естественное освещение. | |  |  |
|  |  | | 9.8 | Медицинская организация с целью создания комфортной рабочей среды управляет своими коммунальными службами и сводит к минимуму потенциальные риски:   1. имеет в наличии альтернативные источники для предупреждения воздействия перебоев работы коммунальных служб на систему жизнеобеспечения организации и инфекционный контроль; 2. обслуживание инженерных коммуникаций осуществляется высококвалифицированными, компетентными работниками, которые следуют надлежащим процедурам; 3. предотвращает распространение загрязняющих веществ в таких зонах, как централизованные стерилизационные службы, лаборатория с обеспечением адекватной вентиляции с притоком воздуха из чистых районов в загрязненные. | |  |  |
|  |  | | 9.9 | Медицинская организация обеспечивает условия для поддержания гигиены пациентов и персонала, предоставляя:   1. достаточное количество расположенных в удобном месте, понятно обозначенных и доступных туалетов и гигиенических комнат; 2. доступ к раковинам, электросушилкам или бумажным полотенцам во всех туалетах и в рабочих зонах для персонала; 3. приватное место для пациентов при отправлении личных потребностей гигиены, возможность получения помощи при этом. | |  |  |
|  | Стандарт 10.0 | | **10.0**  **УПРАВЛЕНИЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМИ СИТУАЦИЯМИ И ПРОТИВОПОЖАРНОЙ БЕЗОПАСНОСТЬЮ**  **Медицинская организация сводит к минимуму риски возникновения пожара и готова к чрезвычайным и критическим ситуациям.** | | | **10.0 КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**  **Руководители организации отслеживают выполнение сотрудниками утвержденных на основании доказательной базы клинических протоколов диагностики и лечения** | Клинические протоколы диагностики и лечения в соответствии с требованиями международных стандартов: выделяются в отдельный стандарт с целью проведения мониторинга внедрения протоколов диагностики и лечения |
|  |  | | 10.1 | Медицинская организация разрабатывает детальный план мероприятий на случай пожара или иной чрезвычайной ситуации, который включает:   1. ответственность за управление и координирование мер экстренного реагирования; 2. процесс уведомления аварийных служб и персонала; 3. систему экстренной связи; 4. процедуру эвакуации людей из здания в случае необходимости. | | 10.1 Ежегодно руководители медицинской организации коллективно определяют не менее пяти клинических протоколов диагностики и лечения (если применимо), которые подлежат мониторингу на предмет исполнения. |  |
|  |  | |  |  | | 10.2 При отсутствии утвержденных клинических протоколов диагностики и лечения, медицинская организация утверждает для внутреннего пользования адаптированные клинические протоколы диагностики и лечения или инициирует их пересмотр или утверждение на национальном уровне. |
|  |  | | 10.2 | Персонал проходит ежегодное обучение в соответствии с планом реагирования при ЧС, включая процедуры ориентации персонала при эвакуации, и участвует в мероприятиях по учебной тревоге. | | 10.3 Проводится ретроспективный и текущий аудит медицинских карт на предмет соответствия требованиям клинических протоколов диагностики и лечения. |
|  |  | |  |  | | 10.4 Результат аудита медицинских карт оформляется в виде презентации с данными по исполнению отдельных требований клинического протокола диагностики и лечения. |
|  |  | |  |  | | 10.5 Презентация с данными по исполнению клинических протоколов диагностики и лечения применяется для обратной связи с медицинским персоналом, обучения сотрудников и других мероприятий для улучшения деятельности. |
|  |  | | 10.3 | Медицинская организация снижает риск возникновения пожара путем:   1. использования огнестойких строительных материалов, таких как огнестойкая краска, шторы, мебель и постельное белье; 2. обеспечения запасных путей эвакуации, таких как лестницы внутри здания и внешние пожарные лестницы; 3. обеспечения оборудованием пожаротушения (гидранты, пожарные шланги, огнетушители, системы автоматического водяного пожаротушения), расположенного в соответствующих местах и обозначенного надлежащим образом; 4. установки системы пожарной сигнализации и системы оповещения; 5. использования техники и устройств, для ограничения распространения пожара (противопожарные барьеры, противопожарные стены, пожарные двери и аварийные выключатели). | |  |  |
|  |  | | 10.4 | Системы аварийной сигнализации:   1. должны находиться в состоянии готовности и быть способными издавать звуковые сигналы, слышимые на необходимом расстоянии и заглушающие остальной шум; 2. имеют необходимые настройки, которые содержатся в рабочем состоянии, тестируются в соответствии с программой планово-предупредительного технического обслуживания, полученные данные документируются. | |  |  |
|  |  | | 10.5 | Из всех зон здания медицинской организации имеются адекватные пути для эвакуации, включая:   1. пути эвакуации в случае пожара, такие как дверные проемы, коридоры, пандусы или переходы, лестничные пролеты, всегда свободные от заграждений; 2. пожарные и противодымные двери, которые должны хорошо открываться и закрываться вручную; 3. выходные двери, которые оставляются открытыми или фиксируются электрическими устройствами автоматического расцепления; 4. запрет запирания дверей в кабинетах для приема пациентов и выходных дверей, за исключением особых случаев и моментов, когда есть адекватные запасные выходы. | |  |  |
|  |  | | 10.6 | Воспламеняющиеся вещества, газовые баллоны и другие потенциально опасные материалы и химические вещества хранятся и используются в соответствии с инструкциями по безопасности, и включают:   1. систематическую сортировку и маркировку; 2. запирание помещений и обеспечение герметичности; 3. запирание контейнеров для хранения газовых баллонов или наличие ограждения, с целью недопущения посторонних лиц; 4. хранение на уровне пола на специализированных поддонах. | |  |  |
| 11 | Стандарт 11.0 | | **11.0**  **БЕЗОПАСНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБОРУДОВАНИЯ И РАСХОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ**  **Медицинская организация использует оборудование, расходные материалы и медицинские приборы безопасно, эффективно и рационально.** | | | **11.0 РАБОТА С НАСЕЛЕНИЕМ**  **Медицинская организация способствует доступности оказываемых услуг для населения и планирует типы медицинских услуг, отвечающие потребностям обслуживаемых пациентов.** | Критерий 2.4 (2-ой версии) выделен в отдельный новый стандарт в 3 версии, в связи с детализацией функций по требованию стандарта, привлечением населения к планированию услуг медицинской организации |
|  |  | | 11.1 | Медицинская организация планирует закупки, модернизацию и замену медицинских приборов и оборудования:   1. для обеспечения планируемых услуг; 2. для реагирования при чрезвычайных ситуациях с помощью имеющегося резерва; 3. с целью обеспечения бесперебойной работы всех приборов и оборудования. | | 11.1 Медицинская организация информирует население об оказываемых услугах и условиях (порядке) их получения, а также любых изменениях в списке оказываемых услуг и условиях (порядке) их получения. \*\* |  |
|  |  | | 11.2 | Внедрена программа профилактического технического обслуживания и ремонта приборов и оборудования, включающая:   1. 1) наличие графика планового испытания, осмотра, технического обслуживания и ремонта; 2. 2) наличие инструкций на основе руководств по эксплуатации производителя, стандартов по обращению с опасными веществами и стандартов безопасности; 3. 3) выполнение калибровки; 4. соблюдение требований законодательства и местных органов власти.   Примечание: Программа охватывает оборудование для диагностики и лечения пациентов, работу электрических, канализационных, отопительных, вентиляционных систем и их компонентов. | | 11.2 Медицинская организация информирует население о качестве оказываемых услуг (индикатор «удовлетворенность пациента» и другие). \*\* |
|  |  | |  |  | | 11.3 Медицинская организация имеет способ постоянного информирования населения и сбора потребностей от населения по оказываемым услугам (веб-сайт), поддерживает обратную связь с населением через средства коммуникации (веб-сайт, социальные сети, телефон, call-центр). |  |
|  |  | | 11.3 | Имеется процедура обнаружения и оповещения выявленных дефектов и отказов оборудования, включающая:   1. ведение журнала регистрации дефектов и неисправностей оборудования; 2. общепринятый бланк для персонала для подачи заявки на ремонт или замену оборудования**;** 3. достаточное количество расходных материалов для проведения технического обслуживания и мелкого ремонта**;** 4. регулярный обзор нерассмотренных заявок; 5. решения о списании и утилизации неподлежащего ремонту или устаревшего оборудования в соответствии с установленными критериями; 6. мониторинг и документирование всех заявок по ремонту, выполненных работ, произведенных закупок и время их выполнения. | | 11.4 Медицинская организация участвует в программах по обучению населения здоровому образу жизни и профилактике заболеваний. \*\* |
|  |  | | 11.4 | Имеются в наличии письменные договора с подрядчиками, обеспечивающими поставки, технические услуги, услуги управления отходами, профилактическое техническое обслуживание и ремонт медицинского и электрооборудования, в которых:   1. установлены обязанности обеих сторон и требования к безопасности и качеству; 2. указаны дата поставки, стоимость; 3. содержатся условия, используемые для контроля выполнения работ подрядчиками. | | 11.5 Медицинская организация учитывает потребности населения в планировании услуг. |
|  |  | | 11.5 | Медицинская организация обеспечивает безопасную и правильную эксплуатацию оборудования посредством:  1) того, что все сотрудники, эксплуатирующие как новое, так и имеющееся оборудование, и медицинские приборы, проходят обучение по безопасной эксплуатации и техническому обслуживанию;  2) того, что к эксплуатации специализированного оборудования (например, автоклавы, насосы IV группы и выше, вентиляторы, уплотнители мусора) допускаются квалифицированные специалисты, имеющие необходимые знания, навыки и свидетельство;  3) имеется в наличии и доступны для персонала правила по технике безопасности и инструкции по диагностическому и другому медицинскому оборудованию. | |  |  |
|  |  | | 11.6 | Системы связи обеспечивают эффективный поток внутренних и внешних коммуникаций с целью незамедлительного информирования о любом инциденте и включают следующее:   1. наличие доступной телефонной связи во всех структурных подразделениях для пациентов и ухаживающих лиц; 2. для пациентов функционирующую систему сигнального оповещения медицинского персонала. | |  |  |
|  |  | | 11.7 | Все оборудование (лечебно – диагностическое, автоклавы) подключены к контуру заземления. | |  |  |
|  |  | | 11.8 | Сотрудники службы лучевой диагностики защищены от радиоактивного облучения путем:   1. использования кабины радиационной защиты и средств защиты; 2. использования индивидуальных дозиметров ежемесячно замеряемых на радиационный фон, при превышении нормы которого выполняются надлежащие меры; 3. проведения два раза в год радиационного контроля | |  |  |
|  |  | | **Поставки** | | |  |  |
|  |  | | 11.9 | Внедрена и используется система управления поставками, предусматривающая:   1. оценку потребностей в клинических и неклинических поставках для каждого отделения; 2. установку минимальных норм товарно-материальных затрат для удовлетворения рассчитанных потребностей и обеспечение поставок с целью снижения до минимума складских запасов и стоимости погрузочно-разгрузочных работ; 3. учет движения запасов и контроль объема складских запасов; 4. хранение в хороших условиях белья и других мягких материалов; 5. своевременную замену запасов до истечения срока годности; 6. хранение запасов на полках в сухом и безопасном месте. | |  |  |
|  |  | | 11.10 | В медицинской организации имеется в достаточном количестве моющие и дезинфицирующие средства, соблюдается график закупок и имеются акты списания этих средств, а персонал обучен правилам применения средств согласно инструкциям. | |  |  |
|  |  | | **Фармацевтические поставки** | | |  |  |
|  |  | | 11.11 | Лекарственные средства и изделия медицинского назначения приобретаются, исходя из конкретных критериев, что включает:   1. области предоставляемых услуг и установленных потребностей пациентов**;** 2. необходимые лекарственные препараты в соответствии с утвержденным перечнем жизненно важных лекарственных средств**;** 3. потребности в специальных лекарственных средствах и изделиях медицинского назначения, запасы которых не предусмотрены**;** 4. способ транспортировки. | |  |  |
|  |  | | 11.12 | Структурное подразделение по лекарственному обеспечению использует систему управления запасами, которая включает:   1. список запасов в соответствии с утвержденными нормами для всех отделений**;** 2. использование системы резервного запаса (наличие минимального объема запасов)**;** 3. наличие лекарственных средств и изделий медицинского назначения в случае чрезвычайной ситуации, немедленно восполняемых после использования**;** 4. проверку качества, количества, номера партии, даты производства и срока годности приобретенных лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения при проведении приема**;** 5. наличие автоматизированной системы учета для управления запасами и контроля истечения срока годности. | |  |  |
|  |  | | 11.13 | Медикаменты хранятся в соответствии с групповой принадлежностью:   1. защищены от неблагоприятного воздействия света, влаги и экстремальных температур**;** 2. защищены от вредителей**;** 3. при достаточной вентиляции. | |  |  |
|  |  | | 11.14 | Температурный режим при хранении лекарственных средств и контрастных веществ отвечают требованиям производителя:   1. медицинские холодильники запираются на замок и используются только для хранения лекарственных препаратов данного температурного режима**;** 2. ведется контроль и запись температурного режима холодильника, и предпринимаются меры при отклонении температуры от заданного диапазона. | |  |  |
| 12 | Стандарт 12.0 | | **12.0 ЗДОРОВЫЕ УСЛОВИЯ ТРУДА**  **Программа гигиены труда персонала способствует безопасным и здоровым рабочим условиям.** | | | **РАЗДЕЛ B: УПРАВЛЕНИЕ РЕСУРСАМИ**  **12.0 УПРАВЛЕНИЕ ФИНАНСАМИ**  **Финансовые ресурсы медицинской организации используются эффективно для реализации стратегических и операционных задач.** | Выделен в отдельный стандарт, так как управление финансами должно эффективно использоваться для реализации стратегических и операционных задач медицинской организации |
|  |  | | 12.1 | Имеется программа гигиены труда и здоровья персонала с документированным процессом рассмотрения вопросов, связанных с условиями профессиональной деятельности и поддержкой здоровья персонала, которая включает:   1. биологический скрининг и профилактику риска профессионального заражения крови и жидких компонентов организма от вирусов, таких как гепатиты A, B и C; 2. обеспечение механическими подъёмными устройствами и обучение персонала методам обращения с ними; 3. профилактику получения травм иглой и повреждения глаз; 4. контроль радиационной безопасности; 5. реабилитацию персонала после болезни или травмы для скорейшего возвращения на рабочее место; 6. обеспечение удобным рабочим местом. | | 12.1 Бюджет организации составляется на основании заявок руководителей подразделений и при необходимости пересматривается (смотреть критерий 2.5). |  |
|  |  | | 12.2 | Медицинская организация предоставляет средства и услуги для обеспечения здоровья сотрудников, включающая:   1. аптечки оказания первой помощи; 2. срочный осмотр и лечение производственной травмы, включая уколы от неосторожного обращения с иглами и повреждения глаз; 3. контроль рабочей нагрузки и психологическая поддержка для минимизации стресса и его контроля. | | 12.2 Бюджет соответствует поставленным задачам в стратегическом и операционном (годовом) плане работы медицинской организации (смотреть критерии 2.2 и 2.3.) |
|  |  | |  |  | | 12.3 Страхование профессиональной ответственности медицинских работников с высоким риском возникновения конфликтов касательно профессиональной ответственности включается в бюджет организации (смотреть критерий 6.2). \*\* |
|  |  | | 12.3 | Сотрудники обучаются правилам техники безопасности и ответственности за свое здоровье и безопасность, включая:  1) стратегии и процедуры по обеспечению охраны труда и безопасности на рабочем месте;  2) выявление и управление рисками на рабочем месте;  3) выявление и сообщение о происшествиях, авариях и несчастных случаях, в которых пациенты, персонал или кто-либо еще были травмированы или могли быть травмированы на рабочем месте либо при исполнении служебных обязанностей. | | 12.4 Для экстренного приобретения лекарственных средств и изделий медицинского назначения, отсутствующих в медицинской организации, существует процесс (договор) их срочного приобретения в круглосуточном режиме. \*\* |
|  |  | | 12.4 | Медицинская организация ежегодно оценивает удовлетворенность сотрудников условиями труда, гарантируя, что:  1) персонал будет ознакомлен с результатами проведенного исследования;  2) будут приняты управленческие меры по результатам выявленных проблем. | | 12.5 Медицинские услуги, осуществляемые на платной основе, оказываются на основании утвержденного прейскуранта цен, доступного населению. \*\* |
|  |  | | **Управление рисками** | | |  |  |
|  |  | | 12.5 | Каждое подразделение использует системный процесс, чтобы:   1. выявлять и вести документальный учет фактических и потенциальных рисков (не менее одного раза в год) ; 2. оценивать степень и последствия выявленных рисков и ранжировать их по степени представляемых угроз; 3. применить надлежащий контроль по каждому значимому риску путем его устранения, изоляции, с целью снижения риска или сведения к минимуму его воздействия. | |  |  |
|  |  | | 12.6 | Персонал рассматривает значимые риски, которые были изолированы или сведены к минимуму, но не устранены в установленные сроки для выявленных рисков. | |  |  |
|  |  | | 12.7 | Информация об актуальных вопросах здоровья и безопасности персонала, включая информацию о рисках, вывешены на видном месте и доведены до сведения персонала и сотрудников, работающих на договорной основе. | |  |  |
|  |  | | 12.8 | Персоналу, который подвергается потенциальным опасностям при выполнении своих служебных обязанностей, предоставляется соответствующая защитная одежда и снаряжение (спецодежда, фартуки, маски, перчатки, головные уборы, защитные очки, а для сотрудников радиологической службы – свинцово-резиновые фартуки). | |  |  |
|  |  | | 12.9 | Проводится регулярная (ежеквартальная, ежегодная) дезинсекция и дератизация помещений с обязательным документированием. | |  |  |
|  |  | | **Инциденты, несчастные случаи и неблагоприятные события** | | |  |  |
|  |  | | 12.10 | Информация об инцидентах, несчастных случаях и неблагоприятных событиях, в том числе о потенциально опасных происшествиях и возникших профзаболеваниях:   1. предоставляется в соответствующей форме, доступной во всех местах и в установленные сроки; 2. записывается в медицинскую карту пациента или личное дело сотрудника; 3. в случае аварии регистрируется в журнале аварийных ситуаций; 4. сообщается в соответствующие органы при получении серьезной травмы работника или пациента; 5. вносится в централизованный журнал регистрации инцидентов для последующего анализа; 6. оперативно расследуются согласно установленной процедуре. | |  |  |
|  |  | | 12.11 | Результаты расследования инцидентов, несчастных случаев и неблагоприятных событий:   1. проанализированы с целью выявления причины происшествия; 2. передаются соответствующей комиссии или подразделению, и используются для улучшения процессов или дополнительного обучения персонала; 3. доведены до сведения персонала, вовлеченного пациента или его семьи. | |  |  |
|  |  | | 12.12 | Данные об инцидентах, несчастных случаях и потенциально опасных происшествиях рассматриваются не реже одного раза в год с целью выявления тенденций, а информация предоставляется руководству и сотрудникам, для возможности дальнейшего использования с целью предотвращения травматизма или вреда. | |  |  |
| 13 | Стандарт 13.0 | | **13.0**  **БЕЗОПАСНОСТЬ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ**  **Для удовлетворения диетических и медицинских потребностей пациентов обеспечиваются безопасные продукты питания.** | | | **13.0 ФИНАНСОВЫЙ АУДИТ**  **Управление ресурсами организации проводится в соответствии с законодательными актами, внутренним политикам.** | Критерий 6.5 действующей редакции выделен в отдельный стандарт предлагаемой редакции «Финансовый аудит» в связи с актуальностью проведения мониторинга финансового статуса организации, внешнего и внутреннего аудита |
|  |  | | 13.1 | Запасы продуктов питания для составления сбалансированного меню для пациентов имеются в достаточном количестве, на них указаны сроки годности и условия хранения. | | 13.1 Существует система или процесс внутреннего финансового контроля. |  |
|  |  | | 13.2 | Хранение, обработка, приготовление и распределение продуктов питания проводится согласно санитарно-гигиеническим требованиям, правилам и руководствам:   1. сухие продукты питания хранятся на защищенных полках; 2. жидкие, сырые продукты и приготовленная пища хранятся в закрытых маркированных контейнерах; 3. сырые и готовые продукты хранятся в холодильнике раздельно; 4. в достаточном количестве имеется оборудование для хранения, транспортировки и поддержания безопасной температуры пищи до- и во время распределения. | | 13.2 Внешний финансовый аудит проводится в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан и внутренних политик и процедур. |
|  |  | | 13.3 | Холодильные и морозильные установки используются для хранения скоропортящихся продуктов. Температура внутри установки контролируется и записывается ежедневно в разное время суток, при любом отклонении от нормы предпринимаются меры по их устранению. | | 13.3 Руководитель организации проводит мониторинг финансового статуса организации (финансовые отчеты или сведения о выполнении операционного или производственного плана). |
|  |  | | 13.4 | Все помещения в медицинской организации соответствуют санитарным нормам и правилам, содержатся в чистоте, без насекомых и грызунов, разделены по функциональным зонам, таким как, раздача пищи и мытье посуды. | | 13.4 Бухгалтерский учет ведется с применением признанных автоматизированных программ. |
|  |  | |  |  | | 13.5 Отчеты своевременно направляются в налоговые органы и органы государственной статистики. |
|  |  | | 13.5 | Пищеблок регулярно проверяется на наличие:   1. работающего кухонного оборудования и техники для приготовления пищи; 2. маркировки инвентаря в соответствии с его предназначением; 3. отдельных разделочных столов, ножей и досок для резки сырых и вареных продуктов; 4. удобных столов для различных видов работ; 5. отдельных раковин для мытья овощей и посуды; 6. планировка дает возможность разделения функций; 7. помещения содержатся в чистоте и отвечают санитарно-гигиеническим требованиям.   Примечание:  Столы для работы с продуктами должны быть из нержавеющей стали или прочного алюминия.  Столы из оцинкованного железа с закругленными углами используются только для разделки сырого мяса. | |  |
|  |  | | 13.6 | Квалифицированный врач- диетолог или диетсестра осуществляют надзор за приготовлением блюд диетических столов для пациентов, руководствуясь специальной литературой по приготовлению основных диетических столов.  Примечание:  Стол № 1 - язва желудка и двенадцатиперстной кишки  Стол № 5 – хронический и острый гепатит, хронический холецистит, желчнокаменная болезнь  Стол № 7 – хроническое и острое почечное заболевание  Стол № 9 - сахарный панкреатический диабет  Стол № 10 – заболевания сердечнососудистой системы  Стол № 11 - туберкулёз лёгких, заболевания легких  Стол № 13 - острые инфекционные заболевания  Стол № 15 – общий стол | |  |
|  |  | | 13.7 | Осуществляется контроль качества приготовленных блюд с целью:   1. оценки и регистрации данных о вкусе, цвете, аромате, структуре и температуре готовых блюд перед их подачей; 2. оценки качества скоропортящихся продуктов. | |  |
|  |  | | 13.8 | Механизм по контролю и учету переводов пациентов в другое отделение обеспечивает предоставление им блюд диетических столов в соответствии с назначением. | |  |
| 14 | Стандарт 14.0 | | **14.0 ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ**  **Организация проводит контроль и профилактику инфекционных заболеваний.** | | | **14.0 ФОНД ОПЛАТЫ ТРУДА**  **Оплата труда сотрудников осуществляется своевременно и с учетом дифференцированного вклада работника в производительность организации** | Выделен в отдельный стандарт в связи с важностью своевременной оплаты труда сотрудников на основе утвержденной руководством медицинской организации организационной структуры, штатного расписания и с учетом дифференцированного вклада работника |
|  |  | | 14.1 | Медицинская организация разрабатывает программу по инфекционному контролю:   1. для профилактики и снижения распространения внутрибольничной инфекции; 2. с привлечением различных специалистов к ее разработке и мониторингу; 3. для всех структурных подразделений. | | 14.1 Оплата труда сотрудников осуществляется на основании утвержденного руководством медицинской организации документа о дифференцированной оплате труда. \*\* |  |
|  |  | |  |  | | 14.2 Система дифференцированной оплаты труда основывается на индикаторах. |
|  |  | |  |  | | 14.3 Проводится определение производительности работников в соответствии с утвержденными критериями для дифференцированной оплаты труда. \*\* |
|  |  | |  |  | | 14.4 Оплата труда сотрудникам, перечисления в пенсионный фонд и другие обязательные отчисления осуществляются своевременно. \*\* |
|  |  | |  |  | | 14.5 Оплата труда сотрудникам осуществляется на основе утвержденной руководством медицинской организацией организационной структуры, штатного расписания и в рамках системы дифференцированной оплаты труда. \*\* |
|  |  | | 14.2 | Надзор за программой инфекционного контроля осуществляется комиссией по инфекционному контролю, состоящей из представителей соответствующих структурных подразделений, имеющей четкий круг полномочий и ответственной за:   1. разработку и мониторинг программы инфекционного контроля; 2. утверждение и обзор всех политик и процедур по инфекционному контролю и проведение мероприятий; 3. координацию всех мероприятий по инфекционному контролю; 4. рассмотрение и анализ данных по инфекционному контролю не реже одного раза в год; 5. принятие надлежащих мер при выявлении недостатков инфекционного контроля; 6. оценку эффективности принятых мер. | |  |  |
|  |  | | 14.3 | Программа инфекционного контроля реализуется квалифицированными специалистами (медицинские сестры и/или врачи), в чьи должностные обязанности должны входить:   1. реализация программы инфекционного контроля, учитывая рекомендации и замечания сотрудников и пациентов; 2. реализация политик; 3. обучение персонала; 4. консультации по инфекционному контролю; 5. разработка и применение методов контроля, включая обзор методов борьбы с инфекцией; 6. предоставление отчетов и рекомендаций. | |  |  |
|  |  | | 14.4 | Проводится регулярный сбор, сравнение и анализ информации о выявленных случаях инфекций для оценки эффективности мероприятий и показателей по инфекционному контролю:   1. результаты своевременно сообщаются в комиссию по инфекционному контролю и руководству клиники и соответствующим сотрудникам; 2. используются стандартные определения для выявления и классификации случаев инфекции, показателей и результатов. | |  |  |
|  |  | | 14.5 | Проводятся регулярные обзоры клинических и параклинических практик для анализа рисков инфекции, методов инфекционного контроля и потребностей персонала в обучении, включающие:   1. обходы; 2. изучение медицинских карт пациентов, лабораторных отчетов и записей о назначении лекарственных средств; 3. лабораторные анализы культур из взятых проб и смывов от намеченных участков с возможным риском инфекции; 4. уведомления, выдаваемые медицинскому персоналу. | |  |  |
|  |  | | 14.6 | В случае возникновения инфекции, персонал следует оформленным документально процессам, чтобы:   1. незамедлительно выявить, отреагировать и локализовать инфекцию; 2. изолировать инфицированных пациентов; 3. выявить источник и пути распространения инфекции, включая отслеживание всех контактов; 4. проконсультироваться с государственными органами здравоохранения или специалистами по инфекционным заболеваниям; 5. использовать результаты расследований, чтобы предотвратить повторное возникновение данной формы инфекции; 6. сообщить в государственные органы здравоохранения. | |  |  |
|  |  | | 14.7 | Лабораторный и медицинский персонал, а также медицинские работники, имеющие право назначать лекарственные препараты, работают совместно и с сообществом для того, чтобы:   1. незамедлительно выявить и отреагировать на присутствие новых и резистентных вирусов и бактерий; 2. следовать стратегиям назначения антибиотиков, которые поддерживают осторожное их использование в лечении инфекций, включая ограничение использования антибиотиков широкого спектра действия;   3) проводить наблюдение за множественными резистентными организмами и организмами, связанными с использованием антибактериальных препаратов, как часть программы инфекционного контроля. | |  |  |
|  |  | | 14.8 | Персонал регулярно проходит инструктаж и своевременно получает обновленную информацию по всем аспектам инфекционного контроля, касающуюся сферы их деятельности, включая:   1. программу инфекционного контроля; 2. тщательное мытье и дезинфекцию рук; 3. стандартные процедуры предосторожности относительно передачи инфекций; 4. политики, процедуры, руководства и принципы инфекционного контроля. | |  |  |
|  |  | | 14.9 | Персонал, имеющий прямой контакт с пациентом моет и дезинфицирует руки:   1. перед осмотром или лечением пациентов; 2. после осмотра или лечения пациентов; 3. после физического контакта с любыми материалами или оборудованием возможно зараженными биологическими жидкостями; 4. после снятия перчаток. | |  |  |
|  |  | | 14.10 | Стандартные инструкции и диаграммы по мытью и дезинфицированию рук размещены во всех отделениях и в местах пребывания пациентов и над умывальниками. | |  |  |
|  |  | | 14.11 | Персонал следует документированным процедурам и графикам в целях:   1. предоставления безопасной и соответственной очистки всех больничных поверхностей; 2. очистки, дезинфекции и стерилизации оборудования, материалов и медицинских приборов в соответствии с инструкциями производителя; 3. сбора, транспортировки, обработки и хранения грязного и чистого белья для того, чтобы предотвратить заражение и инфицирование. | |  |  |
|  |  | | 14.12 | Технологическая цепочка (последовательность) гигиенических мероприятий от «грязного» до «чистого» обеспечивается путем четкого разделения «грязных» и «чистых» участков, включая отдельные входы и выходы в операционную, прачечную и в центральное стерилизационное отделение. | |  |  |
|  |  | | 14.13 | Коэффициент внутрибольничных инфекций:   1. оценивается за определенный период времени; 2. анализируется для возможных действий; 3. доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования. | |  |  |
|  |  | | 14.14 | Коэффициент персонала, прошедшего обучение по гигиене рук:   1. оценивается за определенный период времени; 2. анализируется для возможных действий; 3. доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования. | |  |  |
|  |  | | 14.15 | Коэффициент реализации соответствующей практики гигиены рук в организации:   1. оценивается за определенный период времени; 2. анализируется для возможных действий; 3. доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования. | |  |  |
|  |  | | **Управление отходами** | | |  |  |
|  |  | | 14.16 | Помещение медицинской организации должно содержаться чистым и свободным от мусора и других отходов при помощи:   1. достаточного количества закрытых мусорных контейнеров для пациентов и персонала; 2. регулярного опустошения контейнеров от мусора. | |  |  |
|  |  | | 14.17 | Отходы собираются, сортируются и хранятся по видам отходов в контейнерах, которые:   1. имеют четкую маркировку и разный цвет для разных видов отходов; 2. имеют плотно закрывающиеся крышки; 3. запираются, если в них клинические отходы; 4. регулярно опустошаются, очищаются и дезинфицируются; 5. расположены на платформах, удобных для выгрузки и погрузки мусора;   6) находятся вдали от лабораторий. | |  |  |
|  |  | | 14.18 | Персонал, имеющий дело с опасными материалами и отходами:   1. прошел надлежащий инструктаж, обучение и получил информацию о рисках, связанных с такой работой; 2. выполняет документально оформленные стратегии и процедуры в целях безопасного управления отходами; 3. снабжен защитной экипировкой и спецодеждой, соответствующей рискам. | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Стандарт 15.0 | 15.0 ПРАВА ПАЦИЕНТА И СЕМЬИ **Медицинская организация реализует политику по защите прав пациентов и их семей** | | | **15.0 ИНФОРМАЦИОННОЕ УПРАВЛЕНИЕ** Создаются надлежащие условия для эффективного управления данными. | Выделяется в отдельный стандарт в связи со значимостью информационного управления данными в процессе деятельности медицинской организации, включая доступ медицинских работников к сети интернет, доступность актуализированных актов для получения своевременной информации |
|  | 15.1 | Информация о правах и обязанностях пациента и семьи размещена на государственном и русском языках в местах пребывания пациентов и включает право на:  1) достоинство и уважительное отношение;  2) свободу от притеснений, эксплуатации и физического насилия;  3) неприкосновенность частной жизни;  4) конфиденциальность и приватность информации;  5) охрану и безопасность;  6) полную информированность;  7) принятие информированного решения;  8) подачу жалобы/обращений. | | 15.1 В медицинской организации имеется достаточное количество технических устройств для работы с медицинской и административной информацией. |  |
|  | 15.2 | В местах ожидания и в других местах пребывания пациентов выставлена информация:   1. о правах пациентов на государственном и русском языках; 2. об объеме оказываемых услуг и наличии медицинского оборудования; 3. о перечне услуг, предоставляемых на бесплатной основе, также прейскурант платных услуг; 4. о процедуре подачи жалоб/обращений и предложений. | | 15.2 Руководство обеспечивает доступ медицинских работников к сети интернет для получения своевременной информации, необходимой в работе. |
|  | 15.3 | В медицинской организации имеется процедура:   1. обучения персонала по правам пациента и семьи; 2. мониторинга знаний и соблюдения персоналом прав пациента и семьи; 3. информирования пациентов и их семей с правами и обязанностями; 4. неотложного и эффективного расследования и разрешения предполагаемых случаев нарушения прав пациента. | | 15.3 Руководство организации обеспечивает доступность актуализированных актов Республики Казахстан. |  |
|  |  |  | | 15.4 При внедрении электронной медицинской карты и работе с электронным порталом принимаются меры для снижения дублирования информации, повышения эффективности использования времени сотрудников. |
|  |  |  | | 15.5 Медицинская организация использует стандартный процесс управления документацией, и документы хранятся в папках в соответствии с номенклатурой дел. |
|  | 15.4 | Медицинская организация обеспечивает приватность и конфиденциальность информации о пациенте путем:   1. информирования персонала об ответственности за соблюдение конфиденциальности информации; 2. обеспечение доступа к информации о пациентах только уполномоченным лицам или по запросу, имеющему законное обоснование; 3. получения согласия пациентов на раскрытие их личной информации их семьям и другим организациям; 4. предоставления пациентам возможности приватного общения с другими; 5. обеспечения того, что пациенты получают консультацию и услуги конфиденциально; 6. выполнения любого медицинского вмешательства только в присутствии тех лиц, которые необходимы для данного вмешательства, с согласия пациента и с учетом его пожеланий. | |  |  |
|  | **Средства для удобства пациента и его семьи** | | |  |  |
|  | 15.5 | | Медицинская организация обеспечивает для пациентов благоприятные условия для пребывания и встреч с посетителями посредством:   1. наличия площадок, оборудованных навесами и скамейками; помещения в отделениях с телевизором, игрушками для детей, журналами;   гибких графиков для посещения больных;   1. предоставления возможности родственникам или другим лицам участвовать в уходе за больными с согласия пациента; 2. наличия места рядом с пациентом, оборудованного для родственника или лица, осуществляющего уход. |  |  |
|  | 15.6 | | Для пациентов с ограниченной подвижностью имеются вспомогательные средства для передвижения, поручни и перила, инвалидные кресла, костыли и трости, а также предоставляется персонал для помощи таким пациентам. |  |  |
|  | **Информация для пациентов и получение их согласия** | | |  |  |
|  | 15.8 | | Пациентам и их семьям предоставляется адекватная информация в доступной форме:   1. о состоянии здоровья пациента; 2. о планируемом лечении; 3. о стоимости, возможных рисках и пользе предлагаемого лечения или обследования; 4. об альтернативных методах лечения или диагностики. |  |  |
|  | 15.9 | | После предоставления информации и в соответствии с требованиями законодательства медицинская организация получает согласие пациента:   1. в письменном виде с записью его в медицинскую карту на инвазивные процедуры или операции; 2. в письменном виде на его участие в клиническом исследовании, тестировании медицинских препаратов или новых медицинских технологий. |  |  |
|  | 15.10 | | Информация относительно направления в другую больницу, такая как стоимость, проезд, время, продолжительность лечения и ожидаемый результат предоставляется пациенту и его семье. |  |  |
|  | 15.11 | | Пациенты и их семьи обеспечиваются информацией об уходе и заболевании посредством:   1. регулярных занятий по информации о здоровье, проводимых профессионалами в области здравоохранения; 2. предоставления видеоматериалов, брошюр и другой информации о профилактике заболевания и пропаганде здорового образа жизни, которые находятся в доступных местах. |  |  |
|  | **Порядок подачи обращений пациентом** | | |  |  |
|  | 15.12 | | В организации существует и используется процесс получения обращений от пациентов и их семей относительно нарушения их прав, в котором:  1) обеспечивается информирование пациентов и их семей о том, как подать обращение в организацию, а также в общество по защите прав пациента или в суд;  2) упрощается процедура путем предоставления готовых бланков для обращений или принятия обращений в произвольном или устном виде;  3) позволяет передать обращение ответственному лицу. |  |  |
|  | 15.13 | | Существует документальный процесс сбора, приоритизации, расследования, а также справедливого и своевременного удовлетворения обращений, что включает следующее:  1) письменное подтверждение (если по обращению еще не были приняты меры к удовлетворению пациента и его семьи);  2) расследование обращений, опрос вовлеченных сотрудников;  3) вынесение решения об обоснованном обращении;  4) принятие мер при обоснованности обращений;  5) информирование пациента и членов его семьи о ходе расследования через регулярные промежутки времени;  6) информирование лица, подавшего обращение и других вовлеченных лиц о результате. |  |  |
|  | 15.14 | | Обращения заносятся в журнал регистрации, мониторируется процесс работы с обращениями, и результаты используются для повышения качества. |  |  |
|  | **Отзывы пациентов** | | |  |  |
|  | 15.15 | | Организация регулярно измеряет степень удовлетворенности пациентов и их семей услугами путем:  1) предоставления информации по почтовому и электронному адресу для обратной связи с пациентами;  2) ведения записи замечаний, пожеланий и благодарностей, полученных в письменном виде, по телефону или лично от пациентов;  3) проведения анкетирования пациентов с целью определения удовлетворенности пациентов с учетом таких аспектов, как качество оказания услуг, работа персонала и система оплаты, где применимо;  4) анализа данных и определения тенденций, которые используются для повышения качества. |  |  |
| Стандарт 16.0 | **16.0 ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ**  **Своевременное и безопасное лечение и уход за пациентом**  **предоставляются в соответствии с планом лечения и ухода**  **за пациентом, и предоставление услуг завершается согласно**  **плану.** | | | **16.0 ЗАЩИТА ИНФОРМАЦИИ** Медицинская организация обеспечивает конфиденциальность, безопасность и целостность информации. | Выделен в отдельный стандарт, так как защита информации – это конфиденциальность, безопасность информации медицинской организации обеспечивает права пациента |
|  | 16.1 | | Уход за пациентом и лечение предоставляются 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;   1. 3) используются соответствующие методы и оборудование. | 16.1 Определяются уровни доступа персонала к информации. \* |  |
|  | 16.2 | | Квалифицированные лица:  1) отвечают за лечение и уход за пациентом на каждом  этапе лечения;  2) известны персоналу, как ответственные лица;  3) их данные занесены в амбулаторную карту пациента. | 16.2 Информация на бумажном и электронном носителях защищается от повреждения, утери и неавторизированного доступа. \* |
|  | 16.3 | | Пациенты могут получить помощь по требованию:  1) медицинский персонал доступен в любое время в  соответствии с графиком дежурств;  2) дежурный врач осматривает пациентов, требующих  специального лечения и вносит данные осмотра в   1. амбулаторную карту пациента. | 16.3 По требованиям законодательных актов Республики Казахстан в медицинской организации обеспечивается конфиденциальность информации о пациенте. \* |  |
|  | 16.4 | | Уровни боли пациентов оцениваются, с использованием  соответствующего инструмента/шкалы по измерению боли,  устранение боли и страдания осуществляется в соответствии  с последними методами и технологиями. | 16.4 Персонал обучается требованиям по защите и неразглашению конфиденциальной информации. |
|  | 16.5 | | Безопасность пациента обеспечивается путем:  1) идентификации пациента двумя различными методами во  время назначения лекарственных препаратов, 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. | 16.5 Определяются сроки хранения в местах пользования, в архиве организации и порядок уничтожения медицинских и немедицинских документов, в соответствии с требованиями законодательных актов Республики Казахстан. \* |
|  | 16.6 | | Риск падения каждого пациента, включая потенциальный  риск, связанный с медикаментозным лечением пациента:  1) оценивается и периодически оценивается повторно;  2) снижается или устраняется путем принятия мер при   1. обнаружении рисков. |  |  |
|  | 16.7 | | 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 и лечение,  проводит регулярные обсуждения динамики состояния  пациента;  3) использования стандартного подхода к преемственности  между профилями (отделениями), 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 профиля (отделения) в другой с соответствующей  информацией, сопровождающей пациента;  5) ведения амбулаторной карты пациента с внесением точных  и своевременных записей о динамике состояния.  16.8  Динамика состояния пациента в достижении целей |  |  |
|  | 16.8 | | 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. |  |  |
|  | 16.9 | | 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. |  |  |
|  | 16.10 | | Коэффициент идентификации пациентов:  1) оценивается за определенный период времени;  2) анализируется для возможных действий;  3) коэффициент доступен и предоставляется во время  аккредитационного обследования.  16.11  Коэффициент ошибок в передаче информации |  |  |
|  | 16.11 | | 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 (для дневного стационара)** | | | | | |
|  | 16.12 | | 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. |  |  |
|  | 16.13 | | Выписной эпикриз оформляется и:  1) выдается пациенту за час до выписки или перевода;  2) содержит:  причины госпитализации;  значимые заключения;  диагноз;  любые выполненные процедуры;  любые назначенные лекарственные препараты и прочие 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;  3) в случае смерти, соответствующая информация о смерти   1. передается в уполномоченный орган. |  |  |
|  | 16.14 | | Персонал удовлетворяет нужды умирающих пациентов:  1) помогая им в ослаблении боли и симптомов;  2) предоставляя уважительный и сострадательный уход;  3) обеспечивая текущую коммуникацию 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   1. исходу. |  |  |
| Стандарт 17.0 | **17.0 АНЕСТЕЗИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**  **Анестезия и хирургическое лечение предоставляется**  **пациенту на своевременной и безопасной основе в целях**  **удовлетворения его определенных нужд.** | | | **17.0 ВНУТРЕННИЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ** Руководство совместно с сотрудниками разрабатывает, утверждает и внедряет регламентирующие деятельность политики и процедуры. | Стандарт 17.0 «Предоставление медицинского обслуживания и лечения» в действующей редакции заменен на стандарт «Внутренние нормативные документы» в предлагаемой редакции, предусматривающий разработку, утверждение и внедрение регламентирующих деятельность политик и процедур |
|  | 17.1 | | Анестезия (в том числе и глубокая седация) 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   1. нерабочее время. | 17.1 Определяется порядок разработки, согласования, утверждения и оформления, пересмотра политик и процедур организации. \* |  |
|  | 17.2 | | Каждый пациент:  1) перед анестезией оценивается квалифицированным  специалистом;  2) осматривается непосредственно перед вводным наркозом;  3) получает информацию о возможных рисках и преимуществах   1. анестезии и альтернативных тактиках. | 17.2 Составляется и обновляется список всех действующих внутренних политики и процедуры организации. \*\* |
|  | 17.3 | | Физиологическое состояние пациента во время анестезии  находится под непрерывным контролем персонала, а после  анестезии за пациентом ведет наблюдение квалифицированная   1. медсестра. | 17.3 Руководство организации обеспечивает доступность для персонала действующих политик и процедур организации. |  |
|  | 17.4 | | Запись течения анестезии/ седации включает:  1) информацию по введенным пациенту лекарственным  препаратам, жидкостям;  2) информацию о фактически использованных  анестезиологических препаратах;  3) любые необычные события или осложнения  анестезиологического пособия;  4) время начала и окончания анестезии;  5) фамилию и подпись анестезиолога или квалифицированного  врача. | 17.4 Проводится обучение сотрудников утвержденным руководством медицинской организации политикам и процедурам организации, в том числе при внесении в них изменений. |
|  | 17.5 | | На основании документирования результатов мониторинга  состояния во время восстановления пациент переводится  квалифицированным специалистом в профильное  подразделение, а время поступления, выписки или перевода  фиксируется. | 17.5 Все политики и процедуры внедряются, что очевидно из действий сотрудников, документации и опроса. |
|  | 17.6 | | Каждый этап анестезиологического пособия записывается в  медицинской карте пациента. |  |  |
|  | 17.7 | | 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. |  |  |
|  | 17.8 | | До выписки пациента в условиях дневного стационара в  медицинской карте производится подробный письменный отчет  о хирургическом вмешательстве, включающий:  1) описание хирургической процедуры;  2) результаты;  3) информация о взятии образцов ткани;  4) ФИО хирурга и ассистентов, операционной сестры. |  |  |
|  | 17.9 | | Коэффициент использования контрольного перечня по  хирургической безопасности, рекомендованного ВОЗ:  1) оценивается за определенный период времени;  2) анализируется для возможных действий;  3) доступен и предоставляется во время аккредитационного   1. обследования. |  |  |
|  | 17.10 | | Коэффициент необоснованного использования наркотических  препаратов:  1) оценивается за определенный период времени;  2) анализируется для возможных действий;  3) доступен и предоставляется во время аккредитационного   1. обследования.. |  |  |
| Стандарт 18.0 | **18.0 ЛАБОРАТОРНАЯ СЛУЖБА**  **Объем лабораторных услуг в медицинской организации четко определен** | | | **18.0 МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**  **Медицинская документация составляется своевременно и способствует преемственности медицинской помощи.** | «Медицинская документация» обозначена стандартом 18.0 в связи с важностью своевременного составления медицинской документации и преемственности медицинской помощи. |
|  | 18.1 | | Оказываемые услуги и их организация четко описаны и могут  включать в себя:  гистопатология и цитология;  клиническая химия;  гематология;  микробиология (бактериология);  паразитология;  диагностическая иммунология и серология;  радиоиммуноанализ;  общеклинические исследования:  молекулярно-биологический (включает генетический) анализ;  химико- токсикологический анализ;   1. вирусология. | 18.1 В медицинских картах применяются утвержденные в установленном порядке формы медицинской документации и определяется, какие сотрудники вносят записи в медицинскую карту. \* |  |
|  | 18.2 | | Правила и процедуры устанавливают мероприятия в рамках   1. лабораторной службы. | 18.2 Все проведенные процедуры, методы лечения, каждая доза принятого лекарственного средства своевременно документируются в медицинской карте пациента. \* |  |
|  | Система управления качеством в лаборатории | | |  |  |
|  | 18.3 | | Проводится мониторинг стандартов ISO по принципу самооценки. | 18.3 Каждая запись в медицинской карте подписывается автором записи и включает дату и время. \* |  |
|  | 18.4 | | План повышения качества подготовлен и реализован, а также  основан на результатах мониторинга и контроля качества   1. стандартов ISO. | 18.4 В медицинских картах используются аббревиатуры, символы только из утвержденного списка и записи ясны, читабельны для пользователей. \* |  |
|  | **Руководство лаборатории** | | |  |  |
|  | 18.5 | | Руководитель лабораторной службы имеет соответствующую  квалификацию (включая клинические и управленческие  требования).. | 18.5 Содержание медицинской карты стандартизуется. Проводится аудит качества, своевременности и полноты записей в медицинских картах (смотреть критерий 8.3) \* |  |
|  | 18.6 | | Описание должностных обязанностей 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 и  важным научным находкам для клинического и технического  персонала;  6) организация разработки всех клинических и технических  правил, процессов и процедур;  7) несет ответственность за создание и функционирование   1. системы управления качеством лабораторных услуг. |  |  |
|  | 18.7 | | Руководитель лабораторной службы обеспечивает  функционирование системы управления качеством  лабораторных услуг. |  |
|  | 18.8 | | Руководитель лабораторной службы обеспечивает, чтобы все  лабораторные услуги предоставлялись в соответствии с  установленными правилами и процедурами оказания услуг. |  |
|  | 18.9 | | Руководитель лабораторной службы обеспечивает, чтобы  проводился непрерывный мониторинг качества и выполнялся  текущий план повышения качества. |  |
| Стандарт 19.0 | 1. **МЕНЕДЖМЕНТ МЕДИКАМЕНТОВ**   **Управление и использование лекарственных средств является безопасным, эффективным и рациональным.** | | | **19.0 АНАЛИЗ ДАННЫХ**  **Проводится проверка достоверности и статистический анализ данных.** | Разработан новый стандарт по проведению проверки достоверности и статистического анализа данных. Валидация данных обеспечивает достоверность отчетов, предоставляемых в места их требования. |
|  | 19.1 | | Сертифицированный квалифицированный фармацевт:  1) проводит выбор, заказ, раздачу и распределение  лекарственных средств;  2) контролирует фармацевтические услуги, предоставляемые  медицинским персоналом;  3) проводит мониторинг назначенных лекарственных  средств;  4) предоставляет консультации персоналу и пациентам. | 19.1 Первый руководитель организации осуществляет контроль достоверности публикуемых и предоставляемых во внешние организации данных. |  |
|  | 19.2 | | Организация использует утвержденный перечень 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. | 19.2 Сотрудники, проводящие проверку достоверности (валидацию) данных обучаются методике валидации данных. |  |
|  | 19.3 | | 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.. | 19.3 При появлении новых индикаторов, или при необъяснимом изменении в индикаторе, проводится проверка достоверности (валидация) данных вторым лицом. \* |  |
|  | 19.4 | | Заказ, хранение, использование и списание 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 ответственным специалистом с  заполнением учетно-отчетной документации;  3) все дозы были подсчитаны и зарегистрированы в книге   1. учета медикаментов. | 19.4 Ответственный работник проводит свод данных по индикаторам для включения в квартальные отчеты для руководства (смотреть критерии 1.4 и 2.4). \*\* |  |
|  | 19.5 | | Все лекарственные средства с истекшим сроком годности или  списанные по иным причинам (в том числе и препараты,  возвращенные пациентами, неиспользованные лекарственные  средства, подлежащие строгому учету), безопасно   1. утилизируются в соответствии с письменной процедурой. | 19.5 Ответственный работник проводит статистический анализ собираемых данных и своевременно предоставляет их в места их требования. |  |
|  | 19.6 | | Медицинская организация разрабатывает подходы 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) в зонах пребывания пациентов;  3) все лекарственные средства, контейнеры для  медикаментов, шприцы, системы для внутривенного вливания,  поильники, 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   1. упаковку, или созвучных препаратов. |  |  |
|  | 19.7 | | В медицинской организации имеется система, которая  обеспечивает, что выписанные 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   1. приема, дозу, форму лекарственных препаратов. |  |  |
|  | 19.8 | | Персонал следует письменной политике, включая временные  рамки и способ заказа, для устных заказов медикаментов  чрезвычайных обстоятельствах, которые были согласованы  медицинским, медсестринским и фармацевтическим  персоналом. |  |  |
|  | 19.9 | | Пациенту 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. |  |  |
|  | 19.10 | | В организации проводится оценка фармакологических  подходов при лечении больных определенными  нозологическими формами посредством определения  ответственного лица по проведению мониторинга  рационального использования лекарственных препаратов. |  |  |
|  | 19.11 | | Все лекарственные препараты для отдельного пациента  выписываются согласно утвержденной 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, имеющего право назначать  рецептурные препараты. |  |  |
|  | 19.12 | | 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) самостоятельный прием лекарственных препаратов;  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. |  |  |
|  | 19.13 | | Безопасному, эффективному и экономному использованию  лекарственных препаратов способствует фармакологическая  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. |  |  |
|  | 19.14 | | 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. |  |  |
|  | 19.15 | | Коэффициент ошибок при назначении и применении  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 20.0 | **20.0 МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА**  **Записи в медицинской карте пациента содержат достоверные,**  **точные и всесторонние данные, и призваны для обеспечения**  **безопасного и непрерывного лечения за пациентом.** | | | **20.0 ШТАТНОЕ РАСПИСАНИЕ** Штатное расписание соответствует организационной структуре, миссии и деятельности организации. | Критерии 8.2, 8.3 выделены в отдельный стандарт, так как штатное расписание должно соответствовать организационной структуре, миссии и деятельности организации и способствовать оказанию качественной медицинской помощи |
|  | 20.1 | | Персонал следует документированному процессу управления  медицинскими записями о пациентах, включающему:  1) проводимые записи, включая присвоение пациентам  идентификатора;  2) использование только общеизвестных символов и  сокращений;  3) поддержание стандартного 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. | 20.1 Медицинская организация коллективно разрабатывает и утверждает штатное расписание. \*\* |  |
|  | 20.2 | | На каждого пациента оформляется медицинская карта,  включающая всю информацию от врачей и оформленную в  хронологическом порядке, благодаря которой возможна  эффективная коммуникация и непрерывность лечения и ухода,  включая:  1) дату и время обращения;  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 лечении пациента;  8) назначения лекарственных средств;  9) планирование лечебно-диагностических исследований и  интерпретация полученных результатов;  10) прочие детали лечения. | 20.2 Штатное расписание соответствует организационной структуре и деятельности организации. |
|  | 20.3 | | Записи в медицинской карте пациента, включая изменения,  вносятся только уполномоченными лицами:  1) записи разборчивые;  2) записи производятся своевременно;  3) подписаны с указанием ФИО;  4) включают дату и время проводимых мероприятий. | 20.3 Штатное расписание и квалификационные требования к должностям разрабатываются с учетом рекомендаций профессиональной практики и позволяют оказание качественной медицинской помощи. |
|  | 20.4 | | В медицинской карте имеются записи, предупреждающие  персонал о наличии неблагоприятного фона у пациента,  таком, как аллергический анамнез, неблагоприятные реакции  на лекарственные средства, радиоактивная опасность и риск  заражения. | 20.4 Штатное расписание пересматривается на основании заявок руководителей структурных подразделений один раз в год. |
|  | 20.5 | | 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. | 20.5 На каждый вид должности, включая внештатных работников, совместителей, консультантов, резидентов, утверждается должностная инструкция с указанием квалификационных требований (образование, обучение, знания, навыки и опыт) и функций, специфичных для данной должности. \*\* |
|  | 20.6 | | Копия информации о медицинских услугах, предоставленная  другим медицинским организациям и поставщикам после  направления пациентов или после предоставления пациенту  услуг хранится в его медицинской карте. |  |
|  | 20.7 | | Регулярно проводятся запланированные проверки медицинской  документации с целью рассмотрения полноты, точности и  своевременности заполнения. |  |
|  | 20.8 | | 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 |  |
|  | 20.9 | | Коэффициент проведенных аудитов (службой внутреннего  аудита):  1) оценивается за определенный период времени;  2) анализируется для возможных действий;  3) доступен и предоставляется во время аккредитационного  обследования. |  |
| Стандарт 21.0 | **21.0 КАЧЕСТВО ЛЕЧЕНИЯ И УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ**  **Организация постоянно отслеживает, оценивает и улучшает качество клинических процессов, и процессов связанных с уходом за пациентом.** | | | **21.0 УПРАВЛЕНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ**  **Медицинская организация принимает усилия для эффективного управления человеческими ресурсами.** |
|  | 21.1 | | По всем лечебно-профилактическим процедурам 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. | 21.1 Политики и процедуры по поиску, трудоустройству, инструктажу (ориентации) и адаптации сотрудников разрабатываются в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан и внедряются в организации. \* | Стандарт «Менеджмент медикаментов» действующей редакции заменен на стандарт «Управление человеческими ресурсами» в предлагаемой редакции в связи с важностью и значимостью эффективного управления человеческими ресурсами  медицинской организации |
|  | 21.2 | | 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. | 21.2 Каждый сотрудник соответствует занимаемой должности в соответствии с утвержденными в должностной инструкции квалификационными требованиями. Копия подписанной сотрудником должностной инструкции имеется в кадровой службе. |  |
|  | 21.3 | | Предоставление пациенту медицинских услуг отслеживается,  результаты используются для улучшения следующих аспектов:  1) времени ожидания;  2) оценки состояния пациента;  3) хирургических и инвазивных процедур;  4) использование анестезии, умеренной и глубокой седации,  а также других процессов, содержащих высокий риск;  5) наличие, содержание и ведение медицинской  документации;  6) инфекционный контроль и отчетность;  7) рациональное использование антибиотиков;  8) ошибки назначения лекарственных средств и  неблагоприятные реакции при использовании препаратов;  9) использование ограничений и изоляции. | 21.3 Руководители медицинской организации создают условия для непрерывного обучения сотрудников (например, доступ в интернет, компьютеры, тренинговый класс, библиотека и другие). |  |
|  | 21.4 | | Внедрен процесс по выявлению ошибок при 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. | 21.4 Определяются потребности сотрудников в обучении. Обучение проводится на базе или вне медицинской организации. |  |
|  | 21.5 | | В медицинской организации создана Формулярная комиссия,  анализирующая использование антибактериальных препаратов  в лечении пациентов для определения эффективности лечения  и контроля за развитием резистентности к антибиотикам,  рациональным использованием лекарственных препаратов. | 21.5 Руководством медицинской организации разрабатываются и внедряются политики и процедуры для мотивации персонала и укрепления корпоративного духа (смотреть критерии 6.1; 6.5; 14.5). |  |
|  | 21.6 | | Показатели, разработанные для приоритетных болезней и  ключевых клинических процессов, например, время ожидания,  ошибки в назначении лекарственных препаратов, уровень  инфекции:  1) определяются на непрерывной основе;  2) измеряются с согласованной частотой;  3) информация передается в соответствующие службы  организации, руководству и персоналу;  4) определенные услуги, предоставленные за определенный  промежуток времени сравниваются с исходными данными;  5) информация используются для повышения качества. |  |  |
|  | 21.7 | | На каждый летальный случай проводится конференция с  участием специалистов, задействованных в данном случае,  таких как лечащий врач, заведующий отделением,  руководитель организации с заместителями, патологоанатом  и представители 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. |  |  |
|  | 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. |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Стандарт 22.0 |  |  | **22.0 ЛИЧНОЕ ДЕЛО СОТРУДНИКА**  **Личные дела сотрудников медицинской организации формируются, хранятся и обновляются в соответствии с установленными требованиями законодательных актов Республики Казахстан.** | Критерий 8.6, пп. 3 выделен в отдельный стандарт «Личное дело сотрудника» в связи с тем, что формирование, хранение и обновление личных дел сотрудников медицинской организации должно осуществляться в соответствии с установленными требованиями |
|  | 22.1 |  | Личное дело каждого сотрудника, включая внештатных работников, совместителей, консультантов, резидентов содержит сведения об образовании и квалификации сотрудника, в соответствии с требованиями должностной инструкции и законодательных актов Республики Казахстан. |  |
|  | 22.2 |  | Личное дело каждого медицинского работника содержит доказательство проверки подлинности у первоисточника документов об образовании и квалификации сотрудника, в соответствии с требованиями должностной инструкции. |  |
|  | 22.3 |  | Личное дело каждого сотрудника содержит результаты оценки сотрудника, проводимые один раз в год. |  |
|  | 22.4 |  | Личное дело каждого сотрудника содержит записи о проведении обучения на базе медицинской организации и вне организации. |  |
|  | 22.5 |  | Личное дело каждого сотрудника стандартизуется и есть доказательство его периодической проверки работником кадровой службы. |  |
| Стандарт 23.0 |  |  | **23.0 ИНСТРУКТАЖ**  **Медицинская организация проводит инструктаж (ориентацию) каждого сотрудника для ознакомления с организацией.** | Критерий 8.8 выделен в отдельный стандарт в связи с необходимостью разработки и внедрения политик и процедур по инструктажу каждого сотрудника для ознакомления с организацией |
|  | 23.1 |  | Разрабатываются и внедряются письменные и (или) видеоматериалы для проведения инструктажа (ориентации). |  |
|  | 23.2 |  | Каждый сотрудник, внештатный сотрудник, волонтер, совместитель, консультант, студент, курсант, резидент проходит инструктаж и обучение для ознакомления с медицинской организацией, со своими должностными обязанностями и основными требованиями по безопасности. \*\* |  |
|  | 23.3 |  | Инструктаж сотрудников включаетпожарную безопасность, готовность к чрезвычайным ситуациям и безопасность на рабочем месте. |  |
|  | 23.4 |  | Инструктаж медицинских работников включает инфекционный контроль и требования по безопасной работе с медицинским оборудованием. |  |
|  | 23.5 |  | Инструктаж сотрудников включает ознакомление с Программой по повышению качества и безопасности пациента требования и сообщение об инцидентах. |  |
| Стандарт 24.0 |  |  | **24.0 ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ НАВЫКОВ**  **При трудоустройстве и периодически проводится оценка знаний и клинических навыков медицинского (клинического) персонала.** | Критерий 8.6, пп. 1 выделен в отдельный стандарт в соответствии с международными требованиями к оценке знаний и клинических навыков медицинского (клинического) персонала. |
|  | 24.1 |  | При трудоустройстве проводится оценка клинических навыков врача и утверждается руководством медицинской организации список клинических привилегий врача – разрешенных для выполнения в данной организации операций и процедур высокого риска. |  |
|  | 24.2 |  | При трудоустройстве проводится оценка навыков среднего медицинского персонала и утверждается список компетенций. |  |
|  | 24.3 |  | При трудоустройстве проводится оценка навыков параклинического персонала (лаборанты, провизоры и фармацевты, инструкторы и другие) и утверждается руководством медицинской организации список компетенций. |  |
|  | 24.4 |  | Раз в три года или по необходимости проводится процедура пересмотра клинических привилегий врача с учетом оценки деятельности врача, его текущей квалификации (знаний, образования, навыков и опыта), исходов лечения, в том числе неблагоприятных исходов и других сведений. \* |  |
|  | 24.5 |  | Один раз в год проводится переоценка компетенций параклинического персонала и среднего медицинского персонала. |  |
| Стандарт 25.0 |  |  | **25.0 ЕЖЕГОДНАЯ ОЦЕНКА СОТРУДНИКОВ**  **Один раз в год проводится оценка работы каждого сотрудника, в соответствии с утвержденными политиками и процедурами организации.** | Критерий 8.10 выделен в отдельный стандарт в связи с важностью проведения оценки работы каждого сотрудника, в соответствии с утвержденными политиками и процедурами организации для качественного выполнения профессиональных обязанностей |
|  | 25.1 |  | Утверждаются политики и процедуры оценки работникови форма оценки сотрудников. |  |
|  | 25.2 |  | При оценке врачей, среднего медицинского персонала и других работников, определенных организацией, учитываются показатели работы (индикаторы деятельности) и эти показатели содержатся в личных делах. |  |
|  | 25.3 |  | Заполненная форма оценки сотрудника хранится в личном деле. Сотрудник ознакамливается с результатами оценки его (ее) работы. |  |
|  | 25.4 |  | Результаты оценки определяют соответствие сотрудника, включая внештатных работников, совместителей, консультантов, резидентов, занимаемой должности и ожиданиям непосредственного руководителя. |  |
|  | 25.5 |  | При оценке также оцениваются профессиональные компетенции (смотреть критерии 24.4 и 24.5). |  |
| Стандарт 26.0 |  |  | **26.0 ЗДОРОВЬЕ И БЕЗОПАСНОСТЬ СОТРУДНИКОВ**  **Здоровье и безопасность сотрудников, иммунизация и вакцинация поддерживаются в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан.** | Стандарт разработан в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан для обеспечения здоровья и безопасности сотрудников медицинской организации |
|  | 26.1 |  | Медицинская организация предоставляет (или обеспечивает) сотрудникам защитную одежду и защитные средства (включая средства для радиационной безопасности) и идентификационные бейджи на рабочем месте. |  |
|  | 26.2 |  | Внешняя организация раз в пять лет проводит оценку рабочих мест в медицинской организации в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан. \*\* |  |
|  | 26.3 |  | Медицинская организация проводит мониторинг нагрузки на персонал, управление стрессом среди сотрудников и есть процесс управления насилием и агрессией (например, антистрессовая комната, комната духовного уединения и другие). \* |  |
|  | 26.4 |  | Медицинская организация проводит вакцинацию и иммунизацию в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан и проводит мероприятия по продвижению здорового образа жизни (например, усилия против курения, тренажерный зал или со-оплата посещений в тренажерный зал). \*\* |  |
|  | 26.5 |  | Медицинская организация защищает персонал от опасностей на рабочем месте (включая радиацию, обращение с химическими и (или) опасными материалами) и принимает меры по предотвращению травм персонала (включая травмы от укола иглой). \*\* |  |
| Стандарт 27.0 |  |  | **27.0 КОНТРАКТНЫЕ РАБОТНИКИ**  **Медицинские работники, не состоящие в штатном расписании организации (внештатные специалисты), имеют соответствующее предоставляемым ими услугам образование и квалификацию.** | Разработан новый стандарт в связи с необходимостью контроля и мониторинга деятельности внештатных сотрудников с целью повышения качества медицинских услуг и безопасности пациентов |
|  | 27.1 |  | Каждый внештатный сотрудник соответствует прописанным квалификационным требованиям и копия подписанной должностной инструкции или договора на оказание услуг имеется в кадровой службе (смотреть критерии 21.2 и 22.1) \*\* |  |
|  | 27.2 |  | Личное дело каждого внештатного медицинского работника содержит доказательство проверки подлинности у первоисточника документов об образовании и квалификации (смотреть критерий 22.2) \*\* |  |
|  | 27.3 |  | При трудоустройстве проводится оценка клинических навыков каждого внештатного медицинского работника врача и утверждается руководством медицинской организации список клинических привилегий или список компетенций (смотреть критерии 24.1; 24.2 и 24.3) \*\* |  |
|  | 27.4 |  | Один раз в год проводится оценка качества работы каждого внештатного сотрудника, и форма оценки хранится в личном деле (смотреть стандарт 25) \*\* |  |
|  | 27.5 |  | Результаты оценки качества работы внештатного сотрудника применяются для повышения качества услуг организации |  |
| Стандарт 28.0 |  |  | **28.0 МОНИТОРИНГ ДОГОВОРОВ**  **Руководители медицинской организации контролируют качество представляемых по договору услуг и товаров.** | Критерий 11.4 выделен в отдельный стандарт с связи с необходимостью контроля за исполнением договоров, влияющих на качество оказания медицинской помощи и безопасности пациентов |
|  | 28.1 |  | Определяются руководители организации, которые курируют договора о предоставлении услуг или товаров для организации |  |
|  | 28.2 |  | В каждом договоре прописываются детальные требования к объему и качеству предоставляемых услуг или товаров, а также квалификационные требования к контрактной организации или ее исполнителям \*\* |  |
|  | 28.3 |  | В каждом договоре, существенно влияющем на безопасность пациента (например, охранные услуги, клининг, приготовление питания для пациентов, обслуживание медицинского оборудования), прописываются индикаторы, на основании которых медицинская организация проводит мониторинг договора и оценку качества услуг или товаров поставщика \*\* |  |
|  | 28.4 |  | Результаты мониторинга договоров на основе индикаторов или на основе однократной оценки поставщика доводятся до сведения руководства ежегодно (смотреть критерий 28.1) \*\* |  |
|  | 28.5 |  | При несоответствии качества услуг или товаров поставщика ожиданиям медицинской организации, принимаются меры по устранению несоответствий, вплоть до разрыва договорных отношений с поставщиком |  |
|  |  |  | **РАЗДЕЛ C: УПРАВЛЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТЬЮ** |  |
|  |  |  | **Инфекционный контроль.** |  |
| Стандарт 29.0 |  |  | **29.0 КОМИССИЯ ПО ИНФЕКЦИОННОМУ КОНТРОЛЮ**  **Комиссия по инфекционному контролю и сотрудник(и) по инфекционному контролю координируют выполнение программ, политик и алгоритмов по инфекционному контролю.** | Критерий 14.2 выделен в стандарт 29.0. так как  критерии данного стандарта указывают на конкретные действия в координации выполнения программы и правил по инфекционному контролю |
|  | 29.1 |  | Ежегодно организация анализирует свою систему инфекционного контроля. Данный анализ включает оценку рисков (определение проблем, областей высокого риска по инфекционному контролю и определение приоритетных видов инфекций – бактериальные или вирусные) \*\* |  |
|  | 29.2 |  | На основании оценки рисков, разрабатывается и утверждается руководством медицинской организации ежегодный план работы (план мероприятий) по инфекционному контролю, включающий достижимые, измеримые задачи для снижения рисков \*\* |
|  | 29.3 |  | Проводится мониторинг инфекций, связанных с оказанием медицинских услуг – внутрибольничные инфекции, включая внутрибольничные инфекции по видам: пневмония в связи с использованием дыхательной трубки, инфекции кровеносного русла в связи с применением катетеров, инфекции мочевых путей, инфекции послеоперационной раны, резистентные микроорганизмы и другие приоритетные для организации инфекции \*\* |
|  | 29.4 |  | Комиссия по инфекционному контролю просматривает собранные данные по внутрибольничным инфекциям и их анализ (индикаторы по внутрибольничным инфекциям, а также разбор индивидуальных случаев внутрибольничных инфекций) и применяет данные по инфекциям для повышения безопасности пациента \*\* |
|  | 29.5 |  | Один раз в квартал персонал и руководство информируются о результатах мониторинга индикаторов по инфекционному контролю и рекомендациях для улучшения |
| Стандарт 30.0 |  |  | **30.0 ПРОГРАММА ПО ИНФЕКЦИОННОМУ КОНТРОЛЮ**  **В организации внедряется программа по инфекционному контролю, охватывающая все территории организации, всех работников, пациентов, посетителей и арендаторов помещений.** | Данный стандарт по внедрению в медицинской организации программы по инфекционному контролю должен разрабатываться в соответствии с установленными требованиями законодательных актов Республики Казахстан. Значимость и важность данного стандарта в эффективном выполнении программы по инфекционному контролю |
|  | 30.1 |  | Программа по инфекционному контролю разрабатывается и утверждается руководством медицинской организации в соответствии с установленными требованиями и внедряется в медицинской организации |  |
|  | 30.2 |  | Программа по инфекционному контролю разрабатывается с учетом современной мировой литературы, рекомендаций Всемирной Организации Здравоохранения или других профессиональных, признанных источников \* |  |
|  | 30.3 |  | Программа по инфекционному контролю пересматривается ежегодно |  |
|  | 30.4 |  | Результаты инфекционного контроля и другие подлежащие отчетности сведения (включая инфекции, ассоциирование с оказанием медицинских услуг, инфицирование персонала, и другие) сообщаются в уполномоченные органы по требованиям законодательных актов Республики Казахстан \*\* |  |
|  | 30.5 |  | Руководство предоставляет ресурсы для эффективного выполнения программы по инфекционному контролю |  |
| Стандарт 31.0 |  |  | **31.0 ПОЛИТИКИ И ПРОЦЕДУРЫ ПО ИНФЕКЦИОННОМУ КОНТРОЛЮ**  **Медицинская организация разрабатывает, утверждает и внедряет политики, процедуры или алгоритмы в области инфекционного контроля.** | Критерий 14.8 выделен в отдельный стандарт 31.0 в связи с важностью деятельности в области инфекционного контроля по утвержденным медицинской организацией политикам, процедурам и алгоритмам |
|  | 31.1 |  | В медицинской организации внедряются политики, процедуры и (или) алгоритмы по универсальным мерам предосторожности с четкими показаниями, когда и как использовать средства индивидуальной защиты \* |  |
|  | 31.2 |  | Политики, процедуры или алгоритмы в области инфекционного контроля разрабатываются на основе законодательных актов Республики Казахстан, и по возможности, доказательной базы из профессиональной литературы |  |
|  | 31.3 |  | В местах использования имеется достаточное количество средств индивидуальной защиты (смотреть критерий 30.5) |  |
|  | 31.4 |  | В местах обработки рук в зависимости от уровня обработки рук имеется достаточное количество раковин с проточной водой, мыла, антисептиков, салфеток или других средств для сушки рук (смотреть критерий 30.5) |  |
|  | 31.5 |  | Средства индивидуальной защиты используются персоналом правильно, в соответствии с политиками организации |  |
| Стандарт 32.0 |  |  | **32.0 ДЕЗИНФЕКЦИЯ, СТЕРИЛИЗАЦИЯ И ПРАЧЕЧНАЯ**  **Чистка (уборка), дезинфекция, стерилизация и действия в прачечной проводятся с минимизацией риска инфекций.** | Критерий 14.12 выделен в стандарт 32.0  Стандарт разработан для оценки дезинфекции, стерилизации и прачечной в связи с необходимостью минимизации риска распространения инфекций |
|  | 32.1 |  | Разрабатываются и внедряются политики, процедуры или алгоритмы по чистке (уборке), дезинфекции, стерилизации инструментов и обработки белья в прачечной включая транспортировку, обработку и хранение белья и инструментов \* |  |
|  | 32.2 |  | Одноразовые изделия утилизируются после использования; при их повторном использовании. Прописывается процесс по их безопасной обработке или дезинфекции и максимальное число повторной обработки и использования \* |  |
|  | 32.3 |  | Действия по чистке (уборке), дезинфекции, стерилизации проводятся с минимизацией риска инфекций и с соблюдением процесса от «грязной» к «чистой» зоне |  |
|  | 32.4 |  | Качество стерилизации мониторируется через химические и биологические индикаторы или другими методами \*\* |  |
|  | 32.5 |  | Стерилизацию инструментов можно проследить для конкретного пациента \*\* |  |
| Стандарт 33.0 |  |  | **33.0 МЕДИЦИНСКИЕ ОТХОДЫ**  **Организация обеспечивает безопасное обращение с отходами.** | Выделен в отдельный стандарт так как безопасное обращение с отходами необходимо для обеспечения безопасности пациентов и сотрудников медицинской организации и окружающей среды |
|  | 33.1 |  | В медицинской организации внедряются политики, процедуры или алгоритмы по обращению с медицинскими отходами, включая безопасное обращение с острыми, колющими и режущими отходами и классификацию всех отходов, образуемых в медицинской организации \* |  |
|  | 33.2 |  | Помещение для централизованного сбора отходов содержится в чистоте при помощи достаточного количества закрытых мусорных контейнеров и регулярного опустошения контейнеров от мусора, с достаточной вентиляцией воздуха и при необходимости, c соблюдением определенного температурного режима |  |
|  | 33.3 |  | Отходы утилизируются безопасным образом согласно законодательным актам Республики Казахстан; острые, колющие и режущие предметы утилизируются в непрокалываемые, непротекаемые контейнеры с крышкой для безопасного сбора и утилизации отходов |  |
|  | 33.4 |  | Остатки и компоненты крови, биологические жидкости, ткани организма хранятся и утилизируются с минимизацией риска инфицирования в маркированных контейнерах согласно классификации отходов, с соблюдением температурного режима и сроков временного хранения |  |
|  | 33.5 |  | Персонал обучается политикам и процедурам по обращению с медицинскими отходами и соблюдает их на практике \*\* |  |
| Стандарт 34.0 |  |  | **34.0 ИНЖЕНЕРНЫЕ СИСТЕМЫ И РЕМОНТНЫЕ РАБОТЫ**  **Инфекционный контроль поддерживается инженерными системами, а также при проведении ремонтных работ.** | Разработан новый стандарт в связи с тем, что инженерные системы и ремонтные работы влияют на инфекционную безопасность медицинской организации и на качество оказания медицинских услуг |
|  | 34.1 |  | В местах, где необходима асептическая рабочая зона (микробиологическая, патологоанатомическая лаборатории, места разведения цитостатических лекарственных средств) устанавливаются ламинарные боксы |  |
|  | 34.2 |  | В палатах для изоляции пациента с воздушно-капельной инфекцией система вентиляции поддерживает отрицательное давление (воздух вдувается из коридора в палату) |  |
|  | 34.3 |  | В операционных комнатах, лабораториях катетеризации (рентген-операционных) и палатах для пациентов после трансплантации система вентиляции поддерживает положительное давление (воздух выдувается из комнаты в коридор) |  |
|  | 34.4 |  | В медицинской организации внедряются политики и процедуры по инфекционному контролю при проведении ремонтных, строительных работ с определением уровня рисков в зависимости от масштаба и вида работ \* |  |
|  | 34.5 |  | Все ремонтные, строительные работы согласовываются письменно с сотрудникомпо инфекционному контролю, который контролирует соблюдение требований по инфекционному контролю для предотвращения инфицирования пациента в результате ремонтно-строительных работ \*\* |  |
| Стандарт 35.0 |  |  | **35.0 ПРОЦЕДУРА ИЗОЛЯЦИИ**  **В медицинской организации разрабатываются и внедряются политики, процедуры и алгоритмы по изоляции (инфекционного) пациента.** | Критерий 14.6 выделен в отдельный стандарт 35.0, который политики прописывает процедуры по изоляции (инфекционного) пациента с целью обеспечения безопасности пациентов и сотрудников медицинской организации |
|  |  |  | 35.1 Процедура по изоляции инфекционного пациента прописывается ясно; персонал обучается ей и соблюдает ее \* |  |
|  |  |  | 35.2 В медицинской организации есть палата с отрицательным давлением для пациента с воздушно-капельной инфекцией или процедура по переводу таких пациентов в другую подходящую организацию |  |
|  |  |  | 35.3 Процедура изоляции включает строгое соблюдение гигиены рук, показанные в таком случае средства индивидуальной защиты и визуальный знак для информирования любого, кто входит в зону нахождения инфекционного пациента |  |
|  |  |  | 35.4 Пациенты с инфекцией и члены семьи обучаются по инфекционному контролю, включая гигиену рук и требованиям при изоляции \*\* |  |
|  |  |  | 35.5 Уборка, обработка помещения и предметов во время нахождения инфекционного пациента и после его выписки проводятся согласно санитарно-эпидемиологических требований Республики Казахстан |  |
| Стандарт 36.0 |  |  | **36.0 ОБУЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛА ПО ИНФЕКЦИОННОМУ КОНТРОЛЮ**  **Медицинская организация проводит непрерывное обучение персонала по инфекционному контролю.** | Выделен в отдельный стандарт в связи с необходимостью обучения персонала по инфекционному контролю, влияющему на безопасность пациентов и сотрудников медицинской организации |
|  | 36.1 |  | Ежегодно каждый медицинский работник проходит обучение в области инфекционного контроля \*\* |  |
|  | 36.2 |  | Ежегодно тестируются знания медицинских работников в области инфекционного контроля |  |
|  | 36.3 |  | Обучение по инфекционному контролю проводится для немедицинских работников, студентов, курсантов, резидентов |  |
|  | 36.4 |  | Проводится обучение пациентов, членов семьи пациента по профилактике и контролю инфекций (смотреть критерий 36.4) |  |
|  | 36.5 |  | Дополнительное обучение персонала проводится в ответ на инциденты, случаи внутрибольничной инфекции, ухудшение индикаторов (смотреть критерий 29.5) |  |
|  |  |  | **Безопасность здания** |  |
| Стандарт 37.0 |  |  | **37.0 КОМИССИЯ ПО БЕЗОПАСНОСТИ ЗДАНИЙ**  **В организации внедряется Программа по безопасности зданий, выполнение которой координирует Комиссия по безопасности зданий.** | Выделен в отдельный стандарт, указывающий на внедрение программы по безопасности зданий, выполнение которой координирует Комиссия по безопасности зданий. |
|  | 37.1 |  | Создается и работает Комиссия по безопасности зданий, которая координирует действия для поддержания безопасности зданий и окружающей среды \*\* |  |
|  | 37.2 |  | Программа по безопасности зданий разрабатывается на основе законодательных актов Республики Казахстан и включает разделы: безопасность окружающей среды и система охраны, пожарная безопасность, готовность к чрезвычайным ситуациям, обращение с опасными материалами, медицинское оборудование, коммунальные (инженерные) системы \* |  |
|  | 37.3 |  | Программа по безопасности зданий пересматривается ежегодно с определением приоритетных на каждый год направлений работы в виде ежегодной оценки рисков \* |  |
|  | 37.4 |  | Ежеквартально руководство организации получает отчет о выполнении Программы по безопасности зданий с указанием проведенных ключевых работ и существующих проблем (рисков) безопасности зданий и окружающей среды \*\* |  |
|  | 37.5 |  | Ежегодно Управляющий орган (Наблюдательный Совет, Совет директоров, Совет учредителей или уполномоченный орган) получает отчет о выполнении Программы по безопасности зданий с указанием проведенных ключевых работ и существующих проблем (рисков) безопасности зданий и окружающей среды \*\* | II |
| Стандарт 38.0 |  |  | **38.0 БЕЗОПАСНОСТЬ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ**  **Окружающая среда медицинской организации является безопасной и комфортной для пациентов, персонала и посетителей** (смотреть критерий 38.2). \* | Выделен в отдельный стандарт, указывающий на то, что медицинская организация обеспечивает безопасность окружающей среды для пациентов, персонала и посетителей |
|  | 38.1 |  | Здания и окружающая среда в медицинской организации соответствуют требованиям законодательных актов Республики Казахстан (строительные нормы и политика, санитарные нормы и другие) |  |
|  | 38.2 |  | Случаи получения травм и несчастных случаев на рабочем месте и другие подлежащие отчетности сведения сообщаются в уполномоченные органы по требованиям законодательных актов Республики Казахстан (смотреть критерий 30.4) |  |
|  | 38.3 |  | Здания и помещения, инженерные системы, оборудование и прочие предметы имеются в достаточном количестве, регулярно инспектируются, тестируются с документацией проведенной инспекции или тестирования |  |
|  | 38.3 |  | Здания и помещения, инженерные системы, оборудование и прочие предметы регулярно обновляются и поддерживаются на безопасном уровне |  |
|  | 38.4 |  | При обнаружении значительных рисков для сотрудников, пациентов, посетителей или для окружающей среды, руководство предпринимает надлежащие действия по выделению средств, информированию заинтересованных сторон и снижению рисков | I |
| Стандарт 39.0 |  |  | **39.0 ОХРАНА И ЗАЩИТА**  **Обеспечивается охрана и защита здания и территории медицинской организации** (смотреть критерий 38.2) \* | Критерий 38.2 выделен в отдельный стандарт  Охрана и защита здания и территории медицинской организации обеспечивает безопасность сотрудников и пациентов, влияя на качество оказания медицинской помощи |
|  | 39.1 |  | Все сотрудники, внештатные и контрактные работники, студенты, курсанты, резиденты и арендаторы помещения носят бейджи на территории медицинской организации (смотреть критерий 26.1) |  |
|  | 39.2 |  | Проводится мониторинг (видеонаблюдение и (или) обход) здания и территории с целью защиты и охраны |  |
|  | 39.3. |  | Документируется периодический обход (инспекция) здания и передача дежурства между сотрудниками охранной службы \*\* |  |
|  | 39.4 |  | Ограничивается вход посторонних в стационарные отделения, режимные отделения (например, операционный блок и реанимационное отделение), а также зоны контроля инженерных, коммунальных систем |  |
|  | 39.5 |  | Сотрудники охранной службы обучаются действиям при чрезвычайных ситуациях (при кодах по безопасности), а также оказанию первой помощи \*\* |  |
| Стандарт 40.0 |  |  | **40.0 ПОЖАРНАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ**  **Внедряется программа по снижению риска пожара и задымления** (смотреть критерий 38.2) \* | Соответствие стандарта требованиям законодательных актов Республики Казахстан и обеспечение безопасности пациентов и сотрудников организации |
|  | 40.1 |  | Функционирует система раннего выявления пожара; в достаточном количестве имеются исправные средства для пожаротушения, которые регулярно инспектируются и при необходимости обновляются |  |
|  | 40.2 |  | Инспекция, тестирование и поддержание средств и систем для раннего выявления и тушения пожара документируется \*\* |  |
|  | 40.3. |  | Для безопасной эвакуации из здания при пожаре и других чрезвычайных ситуациях, пути эвакуации не загромождаются; в достаточном количестве имеются и видны указатели |  |
|  | 40.4 |  | Для ограничения распространения дыма и огня, в соответствии с установленными требованиями:  противопожарные двери плотно прикрываются, межэтажные и меж-стенные противопожарные перегородки не имеют щелей, используются огнеупорные материалы, минимизируется использование возгораемых материалов |  |
|  | 40.5 |  | Сотрудники ежегодно проходят практическое учение по пожарной безопасности для проверки готовности в случае пожара и задымления (смотреть критерий 47.2) \*\* |  |
| Стандарт 41.0 |  |  | **41.0 ДРУГИЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ СИТУАЦИИ**  **Внедряется программа по снижению риска прочих чрезвычайных ситуаций** (смотреть критерий 38.2) \* | Стандарт соответствует требованиям законодательных актов Республики Казахстан и международным требованиям в области внедрения программы по снижению риска прочих чрезвычайных ситуаций в медицинской организации |
|  | 41.1 |  | Медицинская организация определяет значимые для региона виды чрезвычайных ситуаций в виде оценки рисков с указанием вероятности возникновения, разрушительной силы (последствий) и уровня готовности организации по каждому из перечисленных видов чрезвычайных ситуаций \*\* |  |
|  | 41.2 |  | На основе оценки рисков по чрезвычайным ситуациям определяются приоритетные направления работы в годовом плане мероприятий \*\* |  |
|  | 41.3 |  | Выделяются ресурсы для улучшения готовности организации к чрезвычайным ситуациям |  |
|  | 41.4 |  | Сотрудники ежегодно проходят практическое учение по готовности к чрезвычайным ситуациям для проверки ответных действий сотрудников, готовности системы оповещения, готовности использовать альтернативные источники воды и электричества, готовности оказывать медицинскую помощь (смотреть критерий 47.3) \*\* |  |
|  | 41.5 |  | По окончании практического учения по чрезвычайным ситуациям проводится анализ проведенного учения, и делаются выводы с дальнейшей разработкой плана мероприятий и поддержки непрерывного улучшения \*\* |  |
| Стандарт 42.0 |  |  | **42.0 ОПАСНЫЕ МАТЕРИАЛЫ И ОТХОДЫ**  **Обращение с опасными материалами и отходами соответствуют требованиям законодательных актов Республики Казахстан, и обеспечивается безопасность людей и окружающей среды** | Критерий 10.6 выделен в отдельный стандарт в связи с требованиями законодательных актов Республики Казахстан в области обращения с опасными материалами и отходами и обеспечения безопасности людей и окружающей среды |
|  | 42.1 |  | Определяется список всех опасных материалов и отходов с указанием названия (состава), мер предосторожности и мер первой помощи, мест хранения, максимально допустимого объема хранения и применимых предупреждающих знаков для маркировки (смотреть стандарт 33.0) |  |
|  | 42.2 |  | Прописываются требования к обращению с опасными материалами, включая их маркировку, хранение, ношение защитных средств при работе, транспортировку, утилизацию (смотреть критерий 38.2) \* |  |
|  | 42.3 |  | Все опасные материалы и отходы маркируются с указанием названия (состава), срока годности и применимых предупреждающих знаков |  |
|  | 42.4 |  | В местах обращения с опасными материалами имеется доступная информация по мерам предосторожности и мерам первой помощи (например, на этикетке контейнера или в виде списка опасных материалов – смотреть критерий 43.1) |  |
|  | 42.5 |  | Сотрудники обучаются действиям при разлитии опасного материала, включая быстрый сбор (обеззараживание) и сообщение об инциденте разлития или инциденте контакта с опасным материалом |  |
| Стандарт 43.0 |  |  | **43.0 МЕДИЦИНСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ**  **Безопасность медицинского оборудования и изделий обеспечивается путем регулярного тестирования, калибровки, поддержания, ремонта и обучения персонала** | Выделен в отдельный стандарт в связи важностью безопасности медицинского оборудования и изделий медицинского назначения |
|  | 43.1 |  | Внедряется программа по обеспечению безопасности медицинского оборудования и изделий (смотреть критерий 38.2) \* |  |
|  | 43.2 |  | Медицинской организацией определяется список всего медицинского оборудования |  |
|  | 43.3 |  | Проводится и документируется профилактическое обслуживание, инспекция, тестирование, калибровка, поддержание, ремонт медицинского оборудования |  |
|  | 43.4 |  | Персонал обучается безопасной работе с оборудованием и устройствами при трудоустройстве и по необходимости. Только обученные и компетентные лица обращаются со специализированным оборудованием и устройствами \*\* |  |
|  | 43.5 |  | Внедряется система оповещения пользователей и принятия мер при отзыве, поломке и прочих инцидентах, связанных с медицинским оборудованием (например, риск возгорания) \* |  |
| Стандарт 44.0 |  |  | **44.0 КОММУНАЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ**  **Коммунальные и инженерные системы в организации соответствуют требованиям законодательных актов Республики Казахстан и удовлетворяют потребности медицинской организации** | Пп. 1 и 2, критерия 9.6 выделены в отдельный стандарт  Cоответствие требованиям законодательных актов Республики Казахстан коммунальных и инженерных систем в организации способствует бесперебойной работе медицинской организации, обеспечивает безопасность пациентов и сотрудников при оказании услуг |
|  | 44.1 |  | Руководством медицинской организации прописывается порядок и частота инспекций, тестирования и поддержания коммунальных и инженерных систем \* |  |
|  | 44.2 |  | Коммунальные и инженерные системы инспектируются, поддерживаются и улучшаются |  |
|  | 44.3 |  | Ответственными лицами проводится мониторинг системы вентиляции с документацией давления и частоты обмена воздуха в час в особых помещениях: палаты с отрицательным давлением для изоляции инфекционного пациента; палаты с положительным давлением для пациентов после трансплантации и операционные комнаты \*\* |  |
|  | 44.4 |  | Для предупреждения пылевого загрязнения, в системе вентиляции устанавливаются фильтры, которые меняются с частотой согласно рекомендации производителя |  |
|  | 44.5 |  | Коммунальные и инженерные системы маркируются для облегчения частичного или полного отключения при чрезвычайных ситуациях |  |
| Стандарт 45.0 |  |  | **45.0 ВОДА И ЭЛЕКТРИЧЕСТВО**  **Обеспечивается непрерывный доступ к воде и электричеству, включая их альтернативные источники** | Добавлен новый стандарт в связи с важностью обеспечения медицинской организацией непрерывного доступа к воде и электричеству, включая их альтернативные источники |
|  | 45.1 |  | Питьевая вода и электричество являются доступными круглосуточно в любое время года |  |
|  | 45.2 |  | Определяются зоны и услуги, для которых наиболее важно водоснабжение и электроснабжение из альтернативных источников \*\* |  |
|  | 45.3 |  | Альтернативные источники водоснабжения тестируются ежеквартально \*\* |  |
|  | 45.4 |  | Альтернативные источники электроснабжения тестируются ежеквартально. Хранится необходимый запас топлива для выработки электричества из альтернативного источника \*\* |  |
|  | 45.5 |  | В соответствии с санитарно – эпидемиологическими требованиями ежеквартально тестируется качество воды, включая воду, используемую для процедур диализа \*\* |  |
| Стандарт 46.0 |  |  | **46.0 ОБУЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛА ПО БЕЗОПАСНОСТИ ЗДАНИЙ**  **Проводится обучение, тестирование знаний работников для поддержания безопасности зданий и окружающей среды** | Внедрено требование международных стандартов в части обучения персонала по безопасности зданий. Обучение и тестирование, мониторинг знаний необходим для обеспечения безопасности зданий. |
|  | 46.1 |  | Сотрудники обучаются своей роли в области пожарной безопасности и чрезвычайных ситуаций, охраны и защиты, обращении с опасными материалами |  |
|  | 46.2 |  | Сотрудники демонстрируют действия при пожаре, включая сообщение о пожаре, тушение пожара и эвакуацию пациентов |  |
|  | 46.3 |  | Сотрудники обучаются работе с оборудованием и коммунальными (инженерными) системами, включая действия при чрезвычайных ситуациях (смотреть критерий 44.4) |  |
|  | 46.4 |  | Обучаются сотрудники, в том числе внештатные, студенты, курсанты, резиденты, арендаторы помещений, волонтеры и посетители |  |
|  | 46.5 |  | Проводится обучение и тестирование знаний работников для поддержания безопасности зданий и окружающей среды проводится ежегодно |  |
|  |  |  | **БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ** |  |
| Стандарт 47.0 |  |  | **47.0 УПРАВЛЕНИЕ МЕДИКАМЕНТАМИ**  **Обеспечивается безопасное обращение с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в организации** | Стандарт обновленной редакции обеспечиваетбезопасное обращение с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в организации |
|  | 47.1 |  | Обращение с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения осуществляется в соответствии с требованиями законодательных актов Республики Казахстан |  |
|  | 47.2 |  | Ежегодно проводится анализ системы управления медикаментами, включающий каждый этап управления медикаментами: планирование и закуп; хранение; назначение; приготовление или разведение; введение; мониторинг эффектов на пациенте (cм. критерий 12.4) \*\* |  |
|  | 47.3 |  | Проводится анализ системы управления медикаментами, включающий оценку рисков (выявление проблем или зон высокого риска, связанных с лекарственными средствами) \*\* |  |
|  | 47.4 |  | Разрабатываются и внедряются политики и процедуры, описывающие каждый этап управления медикаментами: планирование и закуп; хранение; назначение; приготовление или разведение; введение; мониторинг эффектов на пациенте \* |  |
|  | 47.5 |  | Создается и функционирует формулярная комиссия, которая рассматривает вопросы управления медикаментами, включая формулярный список, медикаментозные ошибки и почти ошибки \*\* |  |
| Стандарт 48.0 |  |  | **48.0 ХРАНЕНИЕ**  **Медикаменты хранятся безопасно и надлежащим образом** | Выделен в отдельный стандарт (хранение медикаментов).  Хранение медикаментов в медицинской организации необходимо осуществлять безопасно и надлежащим образом |
|  | 48.1 |  | Все медикаменты правильно обозначаются с указанием названия (содержания), срока годности и применимых предупреждающих знаков |  |
|  | 48.2 |  | Медикаменты хранятся с соблюдением температурного режима, влажности и прочих условий, в соответствии с требованиями к их хранению |  |
|  | 48.3 |  | Наркотические и другие лекарственные средства, подлежащие строгому учету и контролю, хранятся, в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан |  |
|  | 48.4 |  | Медикаменты защищаются от потери и кражи по всей организации |  |
|  | 48.5 |  | Сотрудниками аптеки периодически инспектируются все места хранения лекарственных средств в организации для обеспечения правильного хранения лекарственных средств \*\* |  |
| Стандарт 49.0 |  |  | **49.0 ОСОБЫЕ СЛУЧАИ ОБРАЩЕНИЯ С МЕДИКАМЕНТАМИ**  **Прописываются особые случаи обращения с медикаментами** | Новый стандарт внедрен в соответствии с требованиями международных экспертов и законодательных актов Республики Казахстан в связи с наличием в медицинских организациях медикаментов, требующих особого обращения. Например, наркотические препараты. |
|  | 49.1 |  | Прописывается и соблюдается процесс по выявлению и уничтожению медикаментов с истекшим сроком годности \* |  |
|  | 49.2 |  | Прописывается и соблюдается процесс по обращению с личными (принесенными извне) медикаментами пациента \* |  |
|  | 49.3 |  | Прописывается и соблюдается процесс обращения с наборами лекарственных средств для экстренных случаев (противошоковая укладка, реанимационный набор или набор для кода синего), включая их защиту от кражи и потери, ежедневную проверку готовности набора, восполнение содержимого \* |  |
|  | 49.4 |  | Прописывается и соблюдается процесс отзыва медикаментов \* |  |
|  | 49.5 |  | Прописывается и соблюдается процесс обращения с радиофармацевтическими препаратами и другими опасными медикаментами (цитостатические лекарственные средства) \* |  |
| Стандарт 50.0 |  |  | **50.0 НАЗНАЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**  **Прописывается процесс назначения лекарственных средств и проверки назначений лекарственных средств** | Выделен в отдельный стандартв связи с необходимостью разработки политик и процедур, где прописываются требования  по назначению лекарственных средств |
|  | 50.1 |  | Прописываются требования к назначению лекарственных средств, включая обязательную информацию, которая должна быть в листе назначений или рецепте: идентификация пациента; название лекарственных средств (определить, требуется ли по международному непатентованному названию или по торговому наименованию); доза; путь введения; кратность; длительность курса; если по показаниям – то точное показание к приему \* |  |
|  | 50.2 |  | Прописываются действия при неразборчивом или неполном назначении лекарственных средств в листах назначения или рецепте \* |  |
|  | 50.3 |  | Прописывается процесс устного назначения лекарственных средств в экстренных ситуациях, если это разрешено организацией \* |  |
|  | 50.4 |  | Проводится проверка назначений лекарственных средств в текущих медицинских картах для выяснения обоснованности и полноты назначения (кроме экстренных назначений) |  |
|  | 50.5 |  | Проводится выборочный аудит листов назначений в текущих и закрытых медицинских картах на предмет соблюдения правил организации и безопасности пациента \*\* |  |
| Стандарт 51.0 |  |  | **51.0 ПРИГОТОВЛЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОВ**  **Медикаменты готовятся в безопасной и чистой обстановке** | Новый стандарт внедрен в связи с важностью предъявления утвержденных законодательными актами Республики Казахстан и медицинской организацией требований к приготовлению медикаментов |
|  | 51.1 |  | Медикаменты готовятся (разводятся, фасуются) в чистой и безопасной рабочей зоне с необходимым оборудованием и изделиями |  |
|  | 51.2 |  | Сотрудники, готовящие стерильные продукты обучаются принципам приготовления лекарственных средств и методам асептики \*\* |  |
|  | 51.3 |  | Каждое принятое, введенное лекарственное средство документируется в листе назначений (или ином документе) с указанием времени и автора записи \*\* |  |
|  | 51.4 |  | Безопасное введение медикаментов обеспечивается проверкой правильности пяти пунктов: тот ли это пациент, медикамент, доза, путь введения, время и частота приема |  |
|  | 51.5 |  | Прописывается процесс самостоятельного введения пациентом лекарственных средств(например, ингалятор или инсулиновая ручка) \* |  |
| Стандарт 52.0 |  |  | **52.0 МОНИТОРИНГ И ОБУЧЕНИЕ ОБ ОБРАЩЕНИИ С ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ**  **Проводится мониторинг эффекта лекарственных средств на пациента и периодическое обучение пациентов и персонала в зависимости от потребности** | Выделен в отдельный стандарт в связи с необходимостью проведения в медицинской организации мониторинга эффекта лекарственных средств на пациента, включая побочные действия и периодического обучения пациентов и персонала по обращению с лекарственными средствами для повышения безопасности пациентов. |
|  | 52.1 |  | Проводится мониторинг эффекта лекарственных средств на пациента и побочные эффекты документируются и сообщаются ответственному лицу \*\* |  |
|  | 52.2 |  | Проводится обучение пациента по вопросам приема медикаментов, включая обучение по рекомендуемым медикаментам после выписки \*\* |  |
|  | 52.3 |  | Прописывается определение терминов «медикаментозная ошибка» и «почти ошибка» и сотрудники сообщают о медикаментозных ошибках и почти ошибках (смотреть критерии 6.3 и 48.5) \*\* |  |
|  | 52.4 |  | Для врачей и прочего персонала, вовлеченных в обращение с медикаментами, имеется в доступе справочная информация по лекарственным средствам |  |
|  | 52.5 |  | Врачи, медицинские сестры и прочий персонал, вовлеченный в обращение с медикаментами, обучаются по вопросам обращения с медикаментами \*\* |  |
| Стандарт 53.0 |  |  | **53.0 КОНТРОЛЬ АНТИБИОТИКОВ**  **Медицинская организация внедряет программу по контролю антибиотиков** | Разработан новый стандарт в связи с актуальностью разработки программы по контролю за антибиотиками с привлечением клинического фармаколога, специалистов по инфекционному контролю для правильного назначения антибиотиков с целью повышения безопасности пациентов и повышения качества лечения пациентов |
|  | 53.1 |  | Программа или руководство по контролю антибиотиков включает список антибиотиков, назначение которых ограничено и есть четкие показания к применению резервных антибиотиков \* |  |
|  | 53.2 |  | Программа или руководство по контролю антибиотиков разрабатывается коллективно (с участием практикующих врачей или клинического фармаколога, специалистов по инфекционному контролю, микробиологии) и основано на доказательствах |  |
|  | 53.3 |  | Врачи и другие пользователи обучаются требованиям программы или руководства по контролю антибиотиков и программа внедряется на практике |  |
|  | 53.4 |  | Медицинские карты регулярно просматриваются на предмет выполнения программы или руководства по контролю антибиотиков |  |
|  | 53.5 |  | Выполнение программы или руководства по контролю антибиотиков мониторируется через индикаторы, используемые для улучшения работы \*\* |  |
| Стандарт 54.0 |  |  | **РАЗДЕЛ D: ЛЕЧЕНИЕ И УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ**  **D1: Безопасность пациента Международная цель по безопасности пациента №1**  **Правильная идентификация пациента 54.0 Безопасность пациента повышается через процесс идентификации пациента, используя два идентификатора пациента** | Новый стандарт разработан в соответствии требованиями Всемирной Организации здравоохранения к обеспечению безопасности пациентов |
|  | 54.1 |  | Существуют политики и процедуры идентификации пациента, описывающие процесс идентификации пациента с применением двух идентификаторов пациента \* |  |
|  | 54.2 |  | Пациент идентифицируется в соответствии с политиками и процедурами перед каждой процедурой, операцией, инъекцией, приемом медикамента, переливанием крови, взятием биоматериала и других ситуациях |  |
|  | 54.3 |  | Идентификация пациента облегчается через идентификаторы пациента, такие как: имя (фамилия) пациента, идентификационный номер, дата рождения, штрих-код на браслете или другие применимые способы. |  |
|  | 54.4 |  | Идентификация пациента или бар коды или отслеживаемые номера (номера, которые можно отследить) присутствуют во всех формах медицинских карт и на всех контейнерах с биоматериалом пациента |  |
|  | 54.5 |  | Сотрудники отдела качества и безопасности пациента помогают в процессе выбора индикаторов по всей организации и предоставляют координацию и интеграцию мероприятий по измерению индикаторов по всей организации\*\* |  |
|  |  |  | **Международная цель по безопасности пациента №2**  **Эффективная передача информации** |  |
| Стандарт 55.0 |  |  | **55.0 Безопасность пациента повышается через стандартизованный процесс передачи информации при переводе пациента, пересмене, при устных назначениях и сообщении результатов исследований** | Новый стандарт разработан в соответствии требованиями Всемирной Организации здравоохранения к обеспечению безопасности пациентов |
|  | 55.1 |  | Разрабатываются политики и процедуры передачи информации устно и по телефону, описывающие процесс сообщения критических результатов лабораторных и диагностических исследований и форма документации такого результата; процесс сообщения экстренных результатов исследований, и процесс устного назначения медикаментов в экстренной ситуации \* |  |
|  | 55.2 |  | Существуют политики и процедуры, описывающие процесс передачи пациента при переводе между отделениями, между службами и при передаче смены |  |
|  | 55.3 |  | В стандартизованной передаче информации при получении критических результатов лабораторных и диагностических исследований требуется, чтобы получатель информации записал сообщение, получатель прочитал сообщение вслух, и сообщающее лицо подтвердило правильность сообщения |  |
|  | 55.4 |  | Обеспечивается правильность устной передачи информации по точности назначения лекарственных средств при передаче пациента между службами путем передачи медицинской карты или переводного эпикриза вместе с пациентом |  |
|  | 55.5 |  | Процесс передачи пациента и устные назначения, а также устное сообщение результатов исследований мониторируется через индикатор(ы), которые применяются для повышения безопасности пациента \*\* |  |
|  |  |  | **Международная цель по безопасности пациента №3**  **Безопасность медикаментов высокого риска** |  |
| Стандарт 56.0 |  |  | **56.0 Безопасность пациентов повышается за счет стандартизированной маркировки и обращения с концентрированными электролитами, медикаментами со схожим видом и схожим названием и другими медикаментами высокого риска** | Новый стандарт разработан в соответствии требованиями Всемирной Организации здравоохранения к обеспечению безопасности пациентов |
|  | 56.1 |  | Разрабатываются политики и процедуры, описывающие обращение с медикаментами высокого риска, в том числе их маркировку, хранение, назначение и применение \* |  |
|  | 56.2 |  | Формируется список медикаментов высокого риска, в том числе концентрированных электролитов, медикаментов со схожим видом и схожим названием,которые присутствуют в больнице \*\* |  |
|  | 56.3 |  | Медикаменты высокого риска, в том числе концентрированные электролиты, медикаменты со схожим видом и схожим названием хранятся, маркируются и используются в соответствии с политиками больницы по всей организации |  |
|  | 56.4 |  | Концентрированные электролиты не хранятся в клинических единицах, где они используются редко и хранятся только в тех местах оказания медицинской помощи, где они клинически необходимы |  |
|  | 56.5 |  | Обращение с медикаментами высокого риска мониторируется через индикатор(ы), которые применяются для повышения безопасности пациента \*\* |  |
|  |  |  | **Международная цель по безопасности пациента №4**  **Хирургическая безопасность: правильный участок тела, правильная процедура и правильный пациент.** | Новый стандарт разработан в соответствии требованиями Всемирной Организации здравоохранения к обеспечению безопасности пациентов |
| Стандарт 57.0 |  |  | **57.0 Безопасность пациентов повышается за счет стандартизированной предоперационной верификации (проверки готовности) и тайм-аута, чтобы обеспечить правильную процедуру на правильном участке тела правильному пациенту** |  |
|  | 57.1 |  | Разрабатываются политики и процедуры, описывающие процесс маркировки места операции, предоперационной проверки и тайм-аута для обеспечения правильного участка тела, правильной процедуры, и операции на правильном пациенте \* |  |
|  | 57.2 |  | Участок тела маркируется перед операцией и инвазивной процедурой высокого риска в виде единого знака в рамках всей организации врачом, который будет выполнять процедуру |  |
|  | 57.3 |  | Осуществляется предоперационная верификация (проверка готовности) на основе чек-листа или другого инструмента для документации готовности к операции или процедуре высокого риска |  |
|  | 57.4 |  | Вся хирургическая команда участвует в процедуре тайм-аута в зоне, где будет проводиться хирургическое вмешательство или инвазивная процедура высокого риска, и тайм-аут документируется в медицинской карте |  |
|  | 57.5 |  | Предоперационная верификация и процедура тайм-аут мониторируются через индикатор(ы), которые применяются для повышения безопасности пациента \*\* |  |
|  |  |  | **Международная цель по безопасности пациента №5**  **Снизить риск инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи через гигиену рук** | Новый стандарт разработан в соответствии требованиями Всемирной Организации здравоохранения к обеспечению безопасности пациентов |
| Стандарт 58.0 |  |  | **58.0 Безопасность пациентов повышается за счет комплексной программы гигиены рук для предотвращения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи** |  |
|  | 58.1 |  | Разрабатываются основанные на доказательной базе (литературе) политики и процедуры, описывающие виды (уровни), этапы гигиены рук и показания для гигиены рук \* |  |
|  | 58.2 |  | Политики процедуры по гигиене рук выполняются по всей медицинской организации |  |
|  | 58.3 |  | Имеются достаточные ресурсы для выполнения процедур мытья рук и дезинфекции рук |  |
|  | 58.4 |  | Сотрудники обучаются по видам, этапам гигиены рук и показаниям для гигиены рук \*\* |  |
|  | 58.5 |  | Практика гигиены рук мониторируются через индикатор(ы), которые применяются для повышения безопасности пациента \*\* |  |
|  |  |  | **Международная цель по безопасности пациента №6**  **Снизить риск вреда вследствие падений пациента** |  |
| Стандарт 59.0 |  |  | **59.0 Безопасность пациентов повышается за счет первичной и повторной оценки риска падения у применимой группы пациентов, а также за счет профилактических мероприятий и безопасной окружающей среды** | Новый стандарт разработан в соответствии требованиями Всемирной Организации здравоохранения к обеспечению безопасности пациентов |
|  | 59.1 |  | Разрабатываются политики и процедуры профилактики падений, которые направлены на предотвращение падений и травм от падений. Соответствующий персонал обучается политикам и процедурам \* |  |
|  | 59.2 |  | Политики и процедуры по профилактике падений имеют четкие требования к оценке риска падения с указанием того, каким пациентам должна проводиться первичная оценка риска падения, переоценка риска падения позже, когда, как часто и каким образом |  |
|  | 59.3 |  | Оценка и переоценка риска падения выполняется, когда это требуется и своевременно документируется в медицинской карте \*\* |  |
|  | 59.4 |  | Предпринимаются действия для предотвращения падений и снижения риска падения, включая: визуальное отличие пациентов с высоким риском падения, сопровождение пациентов с высоким риском падения, частые и регулярные сестринские обходы в палатах каждые два часа и другие действия, определенные в политиках |  |
|  | 59.5 |  | Руководство медицинской организации берет на себя обязательство сделать окружение пациента безопасным для предотвращения падений |  |
|  |  |  | **Международная цель по безопасности пациента №7**  **Безопасное соединение катетеров и трубок** |  |
| Стандарт 60.0 |  |  | **60.0 Безопасность пациентов повышается за счет предотвращения неправильного соединения катетеров и трубок пациента** | Новый стандарт разработан в соответствии требованиями Всемирной Организации здравоохранения к обеспечению безопасности пациентов |
|  | 60.1 |  | Персонал обучается визуальному отслеживанию катетеров и трубок от точки их начала до порта (места) их подключения, чтобы убедиться в правильности их соединения перед выполнением любых соединений, перед переподключением, или при введении лекарственных средств, растворов или других продуктов \*\* |  |
|  | 60.2 |  | Соединения трубок и катетеров перепроверяются или обговариваются вслух при смене дежурств, при переводе пациента в новое подразделение или службу, или после перемещения (смены положения) пациента |  |
|  | 60.3 |  | По мере необходимости, перед закупом проводится оценка ожидаемой безопасности при использовании трубок и катетеров, чтобы выявить потенциальные шансы неправильных соединений (предпочтение приобретать устройства, которые не соединяемы для различных систем организма) |  |
|  | 60.4 |  | По возможности, для следующих категорий устройств предназначается уникальный разъем, чтобы ошибочно не перепутать катетеры и трубки разных систем организма при соединении с разъемом:   1. дыхательные системы и подача газов (кислород и вентиляторы); 2. устройства для энтерального применения (зонды, трубки для питания и системы подачи питания новорожденным); 3. уретральные и мочевые устройства; 4. устройства-манжеты для конечностей; 5. нейроаксиальные устройства (спинальные и эпидуральные катетеры и системы для вливания); 6. внутрисосудистые или подкожные устройства. |  |
|  | 60.5 |  | Пациенты и члены их семей обучаются уходу за катетерами и трубками и информированы о запрете на самостоятельное подключение или отключение катетеров и трубок |  |
|  |  |  | **D2: Права пациента** |  |
| Стандарт 61.0 |  |  | **61.0 ДОСТУП К МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**  **Доступ к медицинской помощи облегчается для лиц с ограниченными возможностями и особыми потребностями** | Критерий 15.6 стандарта15.0 Права пациента и семьи 2-ой версии выделен в стандарт 61.0 3 версии Права пациентов с ограниченными возможностями и особыми потребностями необходимо обеспечивать в соответствии с законодательными актами республики Казахстан |
|  | 61.1 |  | Вход в здание имеет пути, доступные для колясок и с перилами (поручнями) |  |
|  | 61.2 |  | У входа являются доступными кресла-коляски или детские коляски в зависимости от обслуживаемого населения |  |
|  | 61.3 |  | Если пациент с потенциально высоким риском падения не сопровождается, охранник или сотрудник регистратуры (ресепшн) или другие назначенные люди обучаются тому, чтобы организовать сопровождение |  |
|  | 61.4 |  | Туалеты пациента, палаты пациента и другие области, определенные в больнице, имеют кнопки вызова или другие средства вызова помощи со стороны персонала |  |
|  | 61.5 |  | Выполняются другие национальные правила (законодательные акты Республики Казахстан) для лиц с ограниченными физическими возможностями (например, требования к обозначению туалетов и маршруты для инвалидов) |  |
| Стандарт 62.0 |  |  | **62.0 ПОЛИТИКИ И ПРОЦЕДУРЫ ПО ПРАВАМ И ОБЯЗАННОСТЯМ ПАЦИЕНТА**  **Медицинская организация выполняет политики и процедуры, направленные на соблюдение прав пациента и определяет обязанности пациента и членов семьи** | В соответствии с требованиями международных стандартов аккредитации медицинской организации необходимо разработать и утвердить политики и процедуры по правам и обязанностям пациента с информированием пациента и семьи, обучением персонала организации по уважению прав пациентов на практике |
|  | 62.1 |  | Права и обязанности пациентов и членов семьи перечисляются в документе, который доступен для пациентов в письменной форме в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан \*\* |  |
|  | 62.2 |  | В соответствии с законодательными актами Республики Казахстан руководство медицинской организации перечисляет другие права и обязанности пациента для улучшения пациент-ориентированного ухода (например, разрешение членам семьи пациента посещать и длительное время присутствовать в отделении реанимации) и предоставляет ресурсы для их соблюдения с учетом ментальности, культуры \* |  |
|  | 62.3 |  | Пациенты информируются о своих правах, обязанностях и о солидарной ответственности за свое здоровье, которое включает информирование врача о предыдущих заболеваниях, лечении, обследованиях, а также следование рекомендациям медицинского персонала (комплаентность) |  |
|  | 62.4 |  | Персонал уважает предпочтения и выбор пациентов во время ухода, например, как сотрудники обращаются к пациенту, касательно одежды (если это не нарушает этические нормы), личного ухода и гигиены (за исключением риска безопасности), питания и напитков (если это не запрещено или не ограничено), деятельности, интересов, неприкосновенности частной жизни и касательно посетителей |  |
|  | 62.5 |  | Персонал обучается соблюдению прав пациентов и уважает права пациентов на практике |  |
| Стандарт 63.0 |  |  | **63.0 БАРЬЕРЫ К ПОЛУЧЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**  **Выявляются и снижаются барьеры к получению медицинской помощи** | Новый стандарт  В соответствии с требованиями законодательных актов Республики Казахстан медицинской организации необходимо выявлять и снижать барьеры к получению медицинской помощи, такие как: языковой, культурные и духовные предпочтения и другие прописанные в данном стандарте |
|  | 63.1 |  | Имеется достаточно знаков (указателей), в том числе к подъездным путям к зданию, которые видны и понятны, чтобы помочь посетителям и пациентам ориентироваться в здании и вне здания |  |
|  | 63.2 |  | Пациенты с языковым барьером получают помощь переводчика или персонала или члена семьи, чтобы облегчить получение медицинской помощи |  |
|  | 63.3 |  | Организация выявляет другие барьеры в медицинском уходе и принимает меры по их снижению |  |
|  | 63.4 |  | Персонал выявляет какие-либо особые культурные или духовные предпочтения пациентов и не ограничивает доступ пациентов к духовной помощи |  |
|  | 63.5 |  | Право пациента на личную безопасность и охрану соблюдается через систему охраны и определенный организацией уровень ответственности по защите имущества пациента от потери в соответствии с законодательством Республики Казахстан |  |
| Стандарт 64.0 |  |  | **64.0 ПРИВАТНОСТЬ И КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ИНФОРМАЦИИ**  **Соблюдаются права пациента на неприкосновенность частной жизни (приватность), конфиденциальность информации, достойное и уважительное отношение к пациенту в соответствием Республики Казахстан** | Новый стандарт внедрен в соответствии с международными требованиями |
|  | 64.1 |  | Соблюдается право пациента на приватность при осмотрах, обследованиях и транспортировке |  |
|  | 64.2 |  | Конфиденциальность информации о пациенте сохраняется в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан |  |
|  | 64.3 |  | Существуют политики и процедуры, утвержденные руководством медицинской организации по соблюдению конфиденциальности информации о пациенте и защите информации \* |  |
|  | 64.4 |  | Сотрудники обучаются требованиям по соблюдению конфиденциальности информации о пациенте |  |
|  | 64.5 |  | Персонал проявляет достойное и уважительное отношение к пациенту на всех этапах лечения |  |
| Стандарт 65.0 |  |  | **65.0 ЖАЛОБЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ**  **Жалобы пациентов расследуются и разрешаются своевременно и объективно** | Разработан отдельный стандарт в связи с важностью своевременного и объективного разрешения жалоб пациентов |
|  | 65.1 |  | Пациенты информируются о том, как выразить жалобу, предложение и отзыв, и такая информация доступна в каждом подразделении, оказывающем медицинскую помощь |  |
|  | 65.2 |  | Жалобы, предложения и отзывы пациентов собираются из нескольких источников |  |
|  | 65.3 |  | Жалобы пациентов расследуются своевременно и объективно в течение определенного законодательными актами Республики Казахстан периода времени |  |
|  | 65.4 |  | Пациент или члены семьи информируются о результатах расследования жалоб |  |
|  | 65.5 |  | На основе анализа жалоб, предложений и отзывов с целью улучшения опыта пациента или снижения рисков принимаются действия на системном уровне |  |
| Стандарт 66.0 |  |  | **66.0 ОБЩЕЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ**  **Медицинской организацией внедряются политики и процедуры получения общего информированного согласия от пациента или лица, принимающего решения от имени пациента** | Критерий выделен в отдельный стандарт в связи со значимостью внедрения политик и процедур по получению общего информированного согласия от пациентаили лица, принимающего решения от имени пациента |
|  | 66.1 |  | Медицинской организацией внедряются политики и процедуры, описывающие получениеобщего информированного согласия на лечение в медицинской организации и утверждена форма общего информированного согласия \* |  |
|  | 66.2 |  | Персонал вовлекает пациента в их собственный уход, получая письменное общее информированноесогласие на лечение |  |
|  | 66.3 |  | Персонал информирует пациентов или родственников о выборе ухода и лечения и области действия общего информированного согласия |  |
|  | 66.4 |  | Персонал информирует пациентов или родственников о том, какие виды лечения, процедуры и исследования требуют специального информированного согласия |  |
|  | 66.5 |  | В общем информированном согласии оговаривается, может ли вестись фото- и видеосъемка в целях безопасности или для рекламы и если да, то когда |  |
| Стандарт 67.0 |  |  | **67.0 СПЕЦИАЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**  **Внедряются политики и процедуры о получении специального информированного согласия от пациента или лиц, принимающих решения за пациента перед определенными процедурами и видами лечения** | Критерий выделен в отдельный стандарт в связи с важностью внедрения политик и процедур по получению специального информированного согласия от пациентаперед определенными процедурами и видами лечения |
|  | 67.1 |  | Руководством медицинской организации утверждаются политики и процедуры, описывающие получениеспециального информированного согласия и перечень ситуаций, требующих получение специального информированного согласия \* |  |
|  | 67.2 |  | Формы информированных согласий утверждаются руководством медицинской организации и заполняются с указанием идентификации пациента, фамилии и подписи врача, даты, времени, подписи пациента или члена семьи или записи об устном согласии пациента или записи о невозможности получить письменное согласие |  |
|  | 67.3 |  | Персонал вовлекает пациента в их собственное лечение и уход, получая письменно специальное информированное согласие перед процедурами и видами лечения, определенными организацией |  |
|  | 67.4 |  | Персонал информирует пациентов или их семьи о предлагаемом виде лечения, рисках (возможных осложнениях) и альтернативных методах лечения |  |
|  | 67.5 |  | Информированное согласие берется и документируется в медицинской карте перед любой операцией, процедурой высокого риска, анестезией и седацией, перед участием в научном проекте или в экспериментальном лечении и в других ситуациях, определенных медицинской организацией \*\* |  |
| Стандарт 68.0 |  |  | **68.0 ОТКАЗ ОТ ЛЕЧЕНИЯ**  **Пациент информирован о праве на отказ от предложенной медицинской помощи** | Выделен в отдельный стандарт в связи с важностьюинформированности пациента о праве на отказ от предложенной медицинской помощи**.** Внедрен в соответствии с международными стандартами |
|  | 68.1 |  | Руководством медицинской организации утверждаются политики и процедуры, описывающие право пациента на отказ от предложенной медицинской помощи полностью или частично, от продолжения лечения или от госпитализации с учетом законодательных актов Республики Казахстан \* |  |
|  | 68.2 |  | Форма отказа от предложенной медицинской помощи утверждается руководством медицинской организации и существует процесс документации отказа пациента от определенного лечения, части лечения или от госпитализации |  |
|  | 68.3 |  | Пациент получает второе мнение о лечении от другого врача или другой организации без страха ухудшения взаимоотношения с врачом |  |
|  | 68.4 |  | Если временное покидание стационара пациентом разрешается медицинской организацией, определяется процесс временного отпуска пациента \* |  |
|  | 68.5 |  | Персонал уважает право пациента отказаться от лечения и информирует о возможных рисках, осложнениях вследствие отказа и об альтернативных видах лечения |  |
| Стандарт 69.0 |  |  | **69.0 НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**  **Участие пациента в научных исследованиях или экспериментальном лечении проводится с соблюдением прав пациента и законодательных актов Республики Казахстан** | Новый стандарт  внедрен в связи с проведением научных исследований или экспериментального лечения в медицинских организациях. |
|  | 69.1 |  | Создается и работает Комиссия по этике (локальный этический комитет), который наблюдает за проведением научных исследований с вовлечением пациента или экспериментального лечения \*\* |  |
|  | 69.2 |  | В политиках и процедурах, утвержденных медицинской организацией прописываются функции Комиссии по этике, включающие обзор научного исследования, анализ ожидаемых преимуществ и рисков для безопасности пациента и принятие решения о проведении исследования \*\* |  |
|  | 69.3 |  | Руководством медицинской организации определяется лицо, осуществляющее контроль за проведение и координацию научного исследования с вовлечением пациента (главный исследователь) |  |
|  | 69.4 |  | Перед началом исследования пациентом или членом семьи подписывается информированное согласие на участие в научном исследовании с указанием идентификации пациента, фамилии и подписи врача, даты, времени, подписи пациента или члена семьи |  |
|  | 69.5 |  | Пациент информируется о ходе исследования и обязанностях пациента, об ожидаемых преимуществах, рисках и дискомфорте, альтернативных видах лечения, праве отказаться от участия в исследовании в любое время без страха предвзятого отношения после отказа |  |
| Стандарт 70.0 |  |  | **70.0 ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ И КУРСАНТОВ**  **Образование медицинских студентов и курсантов на базе медицинской организации проводится в соответствии с утвержденными медицинской организацией документами** | Новый стандарт  Внедрен в связи с нахождением медицинских студентов и курсантов на базах медицинских организаций и необходимостью обеспечения безопасности пациентов |
|  | 70.1 |  | Определяется порядок контроля образовательного процесса, а также лицо, осуществляющее контроль образовательного процесса со стороны медицинской организации |  |
|  | 70.2 |  | В медицинской организации имеется список всех обучающихся студентов и курсантов и документы, подтверждающие их учебный статус \*\* |  |
|  | 70.3 |  | Для студентов и курсантов определяется уровень самостоятельности в оказании медицинской помощи (что имеют право делать под наблюдением, а что самостоятельно) \*\* |  |
|  | 70.4 |  | Студентам и курсантам предоставляется необходимый уровень контроля и оценки навыков |  |
|  | 70.5 |  | Студенты и курсанты проходят инструктаж и обучаются по качеству, инфекционному контролю и другим ключевым требованиям медицинской организации \*\* |  |
|  |  |  | **D3: Основы клинического ухода** |  |
| Стандарт 71.0 |  |  | **71.0 ПРИЕМ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ**  **Процесс приема амбулаторных пациентов стандартизуется** | Новый стандарт внедрен в связи с необходимостью внедрения в медицинской организации политик и процедур, описывающих прием амбулаторных пациентов в первой точке контакта, триажа |
|  | 71.1 |  | Внедряются политики и процедуры, описывающие процесс приема амбулаторных пациентов. В первой точке контакта, пациент проходит осмотр /обследование с целью оценки его состояния для определения приемлемости услуг организации \* |  |
|  | 71.2 |  | Внедряются политики и процедуры, описывающие процесс эффективного ухода и процедуры триажа (сортировки) для определения пациентов, требующих незамедлительных действий (критерии приоритетности срочных, неотложных пациентов) |  |
|  | 71.3 |  | Пациенты, требующие незамедлительных действий, получают приоритетное право на осмотр и лечение |  |
|  | 71.4 |  | Персонал обучается критериям приоритетности срочных, неотложных пациентов, на основе которых определяется потребность пациента в плановой или неотложной помощи |  |
|  | 71.5 |  | Пациенты, требующие незамедлительных действий, осматриваются и стабилизируются в пределах имеющихся возможностей организации, затем направляются или госпитализируются в соответствующую службу \* |  |
| Стандарт 72.0 |  |  | **72.0 КОНСУЛЬТАЦИЯ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ**  **Процесс регистрации, осмотра и ведения амбулаторных пациентов стандартизуется** | Новый стандарт  Внедрен в связи с важностью стандартизации процесса регистрации, осмотра и ведения амбулаторных пациентов |
|  | 72.1 |  | Внедряются политики и процедуры, описывающие процессрегистрации, осмотра и ведения амбулаторныхпациентов \* |  |
|  | 72.2 |  | Имеется график приема (консультации) врачей для пациентов доступен (смотреть критерий 11.1) |  |
|  | 72.3 |  | Врач, осматривающий пациента по основному заболеванию, либо иное определенное лицо координирует лечение пациента на амбулаторном этапе |  |
|  | 72.4 |  | При выполнении назначений лекарственных средств в поликлинике, дневном стационаре, процедурных кабинетах соблюдаются единые политика медицинской организации по назначению, документации выполненного назначения и мониторингу состояния пациента (смотреть критерии 48.4; 51.1; 52.1-52.4, 53.1-53.5) |  |
|  | 72.5 |  | В амбулаторной карте пациента содержится информация об основных текущих и перенесенных заболеваниях пациента, постоянно принимаемых лекарственных средств, аллергиях, операциях, контактные данные и адрес проживания пациента |  |
| Стандарт 73.0 |  |  | **73.0 ПАЦИЕНТЫ ГРУППЫ РИСКА**  **Медицинская организация определяет пациентов группы риска и процедуры высокого риска** | Новый стандарт разработан в связи с необходимостью определенияпациентов группы риска и процедур высокого рискав медицинской организации, обеспечивающих повышение качества медицинских услуг и безопасность пациентов |
|  | 73.1 |  | Медицинской организацией определяются пациенты группы риска, которые из-за своего состояния не могут выражать свое мнение или требуют особого обращения с ними:   1. дети; 2. ослабленные пожилые люди; 3. терминальные/ умирающие пациенты; 4. пациенты в коме или на поддерживающей терапии в реанимации; 5. пациенты, получающие диализ; 6. пациенты с эмоциональными или психическими расстройствами; 7. жертвы насилия или невнимательного обращения; 8. инфекционные пациенты; 9. другие группы на усмотрение медицинской организации. |  |
|  | 73.2 |  | Внедряются политики и процедуры, описывающие особенности осмотра, лечения, ухода, обращения с пациентами группы риска.  На постоянной основе проводится оценка рисков, в связи с лечением и уходом за пациентами групп риска \* |  |
|  | 73.3 |  | Форма осмотра пациента по необходимости дополняется информацией, важной для пациентов группы риска (модификация формы осмотра) |  |
|  | 73.4 |  | Персонал обучается политикам и требованиям, связанным с лечением пациентов группы риска |  |
|  | 73.5 |  | При выявлении жертв насилия или невнимательного обращения, организация контактирует с заинтересованными социальными, правоохранительными органами и иными организациями |  |
| Стандарт 74.0 |  |  | **74.0 ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР ПАЦИЕНТА**  **Первичный осмотр является информативным для определения потребностей пациента и составления первоначального плана лечения \*** | Критерий выделен в новый стандарт в связи с важностью утверждения законодательными актами Республики Казахстан и (или) руководством медицинской организации политик и процедур по содержанию первичного осмотра пациента |
|  | 74.1 |  | Первичный осмотр включает в себя сбор анамнеза, аллергологический анамнез, подробный медикаментозный анамнез, оценку боли, жизненно-важные показатели, физикальное обследование, и если применимо, локальный статус |  |
|  | 74.2 |  | Уполномоченным органом либо медицинской организацией утверждаются формы первичного осмотра для всех видов специальностей врачей (и если применимо, для медицинских сестер), которые проводят осмотр пациентов (смотреть критерий 18.1) |  |
|  | 74.3 |  | Записи в медицинской карте, включая осмотры, являются доступными персоналу, задействованному в лечении и уходе за пациентом |  |
|  | 74.4 |  | Только квалифицированные специалисты проводят осмотры на основе их образования, квалификации и навыков, подтвержденных документами |  |
|  | 74.5 |  | Первичный осмотр включает в себя социально-экономический статус и эмоциональный статус пациента |  |
| Стандарт 75.0 |  |  | **75.0 ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ И УХОДА**  **Индивидуальный план лечения своевременно документируется и включает в себя цели или желаемые результаты лечения \*** | В связи с важностью документирования плана лечения и ухода выделен стандарт 75.0 |
|  | 75.1 |  | План лечения разрабатывается врачом на основе первичного осмотра, предыдущих осмотров, результатов обследований |  |
|  | 75.2 |  | В разработку плана лечения вовлекается команда (врач, медицинская сестра и другие специалисты) |  |
|  | 75.3 |  | План лечения включает цели или желаемые результаты лечения |  |
|  | 75.4 |  | План лечения соответствует утвержденным, основанным на доказательной базе клиническим протоколам или руководствам по лечению (смотреть также стандарт 10.0) |  |
|  | 75.5 |  | План лечения своевременно отражается в листах назначения врача и пациенту назначаются необходимые консультации специалистов, исследования, лекарственная и иная терапия |  |
| Стандарт 76.0 |  |  | **76.0** **ПРОГРАММА УПРАВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**  **Внедряется программа управления хроническими неинфекционными заболеваниями для обеспечения партнерских отношений пациентов с персоналом и повышения качества оказания медицинской помощи \*** | Новый стандарт внедрен в связи с внедрением в Республике Казахстан Программы управления хроническими неинфекционными заболеваниями |
|  | 76.1 |  | Разрабатывается программа и внедряется процесс управления хроническими неинфекционными заболеваниями (оценка статуса прикрепленного населения, формирование стратегий по ведению пациентов, утверждение списков пациентов, индикаторов мониторинга и т.д.) |  |
|  | 76.2 |  | Руководством медицинской организации определяются ответственные лица для реализации программы по управлению хроническими неинфекционными заболеваниями из числа руководителей медицинской организации, врачей, медицинских сестер и прочего персонала (мультидисциплинарная команда) |  |
|  | 76.3 |  | Проводится обучение пациентов и сотрудников для реализации процессов по управлению хроническими неинфекционными заболеваниями (самоменеджмент, ведение карт наблюдения, регистров и т.д.) |  |
|  | 76.4 |  | Проводится мониторинг для оценки эффективности мероприятий по управлению хроническими неинфекционными заболеваниями |  |
|  | 76.5 |  | Результат аудита применяется для обратной связи с медицинским персоналом, обучения сотрудников и других мероприятий для улучшения деятельности |  |
| Стандарт 77.0 |  |  | **77.0 ПОВТОРНЫЕ ОСМОТРЫ ПАЦИЕНТА**  **Состояние пациента наблюдается и документируется в динамике** | Критерий выделен в новый стандарт в связи с важностью разработок политик и процедур повторных осмотров пациента для повышения качества оказания медицинских услуг медицинской организацией |
|  | 78.1 |  | Состояние пациента наблюдается и документируется в динамике с целью оценки достижения целей или желаемых результатов от плана лечения |  |
|  | 77.2 |  | Повторные осмотры пациента проводятся регулярно в течение острой фазы заболевания и при хронической неострой фазе заболевания, в соответствии с политиками и процедурами медицинской организации, или чаще, в зависимости от состояния пациента \* |  |
|  | 77.3 |  | План лечения обновляется, когда меняется состояние, диагноз пациента или на основе новой информации или по результатам повторных осмотров |  |
|  | 77.4 |  | Повторные осмотры пациента документируются в виде дневниковых записей врача (если применимо, также дневниковых записей медицинской сестры) с указанием состояния пациента в динамике |  |
|  | 77.5 |  | При появлении признаков ухудшения состояния пациент направляется или госпитализируется в соответствующую службу \* |  |
| Стандарт 78.0 |  |  | **78.0 ПЛАНИРОВАНИЕ ВЫПИСКИ (ДЛЯ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА)**  **Планирование выписки начинается**  **пункта первого контакта пациента с медицинской организацией \*** | Выделен в отдельный стандарт в связи с необходимостью внедрения в медицинских организациях планирования выписки с первого дня лечения |
|  | 78.1 |  | Планирование выписки начинается с пункта первого контакта пациента с медицинской организацией |  |
|  | 78.2 |  | Планирование выписки вовлекает пациентов и их семьи, когда это необходимо |  |
|  | 78.3 |  | Планирование выписки включает контакты (взаимодействие) с другими медицинскими организациями или внешними учреждениями в целях содействия непрерывности медицинской помощи |  |
|  | 78.4 |  | Планирование выписки учитывает социальные, духовные и культурные потребности пациента или семьи |  |
|  | 78.5 |  | Планирование выписки документируется в медицинской карте и обновляется по мере необходимости |  |
| Стандарт 79.0 |  |  | **79.0 ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ**  **Выписка содержит ключевую информацию об оказанной медицинской помощи \*** | Критерий 17.13 выделен в отдельный стандарт в связи с важностью выписки, включающей ключевую информацию об оказанной медицинской помощи пациенту |
|  | 79.1 |  | Готовность пациента к выписке определяется состоянием пациента и показаниями к выписке |  |
|  | 79.2 |  | Выписка содержит причину госпитализации, основной диагноз, сопутствующие заболевания, ключевые данные осмотров, обследований, проведенное лечение, основные принятые лекарственные средства |  |
|  | 79.3 |  | Выписка содержит состояние пациента на момент выписки и подробные рекомендации по дальнейшему уходу, причины для обращения за медицинской помощью или срок повторных осмотров |  |
|  | 79.4 |  | Копия выписки хранится в медицинской карте, другая копия выписки выдается пациенту и (или) медицинскому работнику, ответственному за дальнейшее лечение пациента |  |
|  | 79.5 |  | Если пациент покинул медицинскую организацию без предупреждения или против рекомендации врача, делаются попытки информировать пациента или членов семьи или врача по месту жительства о рисках и последствиях |  |
| Стандарт 80.0 |  |  | **80.0 ПЕРЕВОД И ТРАНСПОРТИРОВКА ПАЦИЕНТА**  **Перевод пациента согласовывается с принимающей организацией и обеспечивается безопасность транспортировки пациента \*** | Новый стандарт  Внедрен в соответствии с международной практикой для повышения безопасности пациентов |
|  | 80.1 |  | Перевод пациента в другую медицинскую организацию проводится на основе переводного эпикриза, который содержит причину перевода, проведенное лечение, состояние пациента на момент перевода и дальнейшие рекомендации |  |
|  | 80.2 |  | Устанавливается официальная или неофициальная договоренность с принимающей медицинской организацией о готовности принять пациента |  |
|  | 80.3 |  | При переводе пациента на медицинском транспорте, заполняется транспортировочный лист с указанием состояния пациента во время транспортировки, оказанного лечения, названия принимающей организации и фамилии сопровождающих и принимающих пациента сотрудников |  |
|  | 80.4 |  | Медицинский транспорт оснащается оборудованием, изделиями медицинского назначения и лекарственными средствами в зависимости от состояния и потребностей пациента и если транспорт принадлежит медицинской организации, проводится регулярная инспекция готовности машины по чек-листу |  |
|  | 80.5 |  | Пациент сопровождается квалифицированным персоналом в зависимости от состояния и потребностей пациента |  |
| Стандарт 81.0 |  |  | **81.0 ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА И СЕМЬИ**  **Медицинская организация проводит непрерывное обучение пациентов и семьи качественному, безопасному уходу** | Новый стандарт внедрен в связи с важностью непрерывного обучения пациентов и семьи качественному, безопасному уходу медицинской организацией |
|  | 81.1 |  | Медицинской организацией разрабатываются политики, процедуры и внедряется процесс обучения пациентов и его семьи качественному, безопасному уходу |  |
|  | 81.2 |  | Сотрудниками медицинской организации регулярно проводится оценка потребностей в обучении пациента и семьи, результаты оценки своевременно вносятся в медицинскую карту |  |
|  | 81.3 |  | Обучение пациентов и семьи проводится ответственным персоналом, обладающим необходимыми знаниями, коммуникативными навыками, с учетом потребностей пациентов и семьи |  |
|  | 81.4 |  | Регулярно проводится мониторинг знаний пациента и семьи по качественному и безопасному уходу |  |
|  | 81.5 |  | Результаты мониторинга используются при обучении пациента и семьи и других мероприятий для улучшения деятельности медицинской организации |  |
| Стандарт 82.0 |  |  | **82.0 ОРГАНИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ**  **Услуги по анестезии и седации являются доступными круглосуточно и соответствуют законодательным актам Республики Казахстан и профессиональным требованиям \*** | Выделен в отдельный стандарт в связи с важностью организации анестезиологической помощи |
|  | 82.1 |  | Руководством медицинской организации определяется квалифицированное лицо, осуществляющее контроль анестезиологической службы и все услуги по анестезии и седации, и его функции прописываются в должностной инструкции |  |
|  | 82.2 |  | Только квалифицированное лицо проводит пред-анестезиологический и пред-седационный осмотр, дает анестезию или седацию и наблюдает за пациентом во время и после анестезии и седации |  |
|  | 82.3 |  | Оказываемые услуги по седации и анестезии соответствуют законодательным актам Республики Казахстан, а также профессиональным стандартам, протоколам лечения |  |
|  | 82.4 |  | Услуги по седации и анестезии являются доступными для экстренных ситуаций |  |
|  | 82.5 |  | Медицинской организацией разрабатываются и утверждаются формы информированного согласия на анестезию и седацию, и пациенту говорится о преимуществах, рисках (возможных осложнениях) и альтернативах предлагаемой анестезии или седации (смотреть критерий 68.5) |  |
| Стандарт 83.0 |  |  | **83.0 АНЕСТЕЗИЯ**  **Разрабатываются и внедряются политики, процедуры или руководства по анестезии \*** | Выделен в отдельный стандарт в соответствии с международными требованиями |
|  | 83.1 |  | Перед проведением анестезии анестезиологом проводится и документируется в медицинской карте предварительный осмотр пациента (смотреть критерий 18.1) |  |
|  | 83.2 |  | Непосредственно перед началом анестезии анестезиологом проводится и документируется прединдукционная оценка пациента |  |
|  | 83.3 |  | Физиологический статус во время анестезии на основе жизненно-важных функций наблюдается и документируется не реже, чем каждые 10 минут для каждого пациента.  Примечание: частота документации и жизненно-важные функции, которые должны наблюдаться, зависят от состояния пациента до процедуры, от вида процедуры, от вида анестетика и от профессиональных требований, и четко прописываются в правилах |  |
|  | 83.4 |  | Постанестезиологический статус каждого пациента на основе жизненно-важных функций наблюдается и документируется не реже, чем каждые 30 минут для каждого пациента с указанием времени начала и конца пробуждения |  |
|  | 83.5 |  | Решение о пробуждении и готовности пациента к переводу в клиническое отделение принимается анестезиологом |  |
| Стандарт 84.0 |  |  | **84.0 СЕДАЦИЯ**  **Разрабатываются и внедряются политики, процедуры или руководства по седации \*** | Выделен в отдельный стандарт в соответствии с международными требованиями |
|  | 84.1 |  | Перед проведением седации квалифицированный врач проводит и документирует в медицинской карте предварительный осмотр пациента (смотреть критерий 18.1) |  |
|  | 84.2 |  | В политиках и процедурах перечисляются все места, где седация проводится для сопровождения болезненной процедуры (процедурная седация) |  |
|  | 84.3 |  | При проведении процедурной седации являются доступными лекарственные средства и изделия медицинского назначения для оказания экстренной помощи |  |
|  | 84.4 |  | При проведении процедурной седации присутствует лицо, владеющее навыками углубленной реанимационной помощи (врач-анестезиолог либо врач с действующим сертификатом углубленная сердечно-легочная реанимация) |  |
|  | 84.5 |  | Восстановление после седации определяется на основе критериев пробуждения, которые документируются в медицинской карте |  |
| Стандарт 85.0 |  |  | **85.0 КОД СИНИЙ**  **Услуги реанимации являются доступными по всей организации \*** | Выделен в отдельный стандарт в соответствии с международными требованиями |
|  | 85.1 |  | Круглосуточно на территории медицинской организации являются доступными услуги реанимации (оказание базовой и углубленной сердечно-легочной реанимации или «код синий») |  |
|  | 85.2 |  | Стандартизованный набор лекарственных средств, изделий медицинского назначения и оборудования для оказания базовой и углубленной сердечно-легочной реанимации поддерживается в постоянной готовности |  |
|  | 85.3 |  | Медицинской организацией внедряются политики и процедуры, описывающие порядок оказания базовой и углубленной сердечно-легочной реанимации |  |
|  | 85.4 |  | Углубленная (расширенная) сердечно-легочная реанимация оказывается в течение 3 минут на территории медицинской организации |  |
|  | 85.5 |  | Медицинские работники обучаются оказанию базовой сердечно-легочной реанимации |  |
| Стандарт 86.0 |  |  | **86.0 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**  **Протокол операции составляется своевременно и подробно \*** | Выделен в отдельный стандарт в соответствии с международными требованиями |
|  | 86.1 |  | Вне зависимости от срочности операции, до начала операции врачом проводится предоперационный осмотр и документирует его в виде предоперационного эпикриза в медицинской карте |  |
|  | 86.2 |  | В предоперационном эпикризе содержится обоснование или причина операции, предоперационный диагноз, название планируемой операции |  |
|  | 86.3 |  | Медицинской организацией разрабатываются и утверждаются формы информированного согласия на хирургическое вмешательство, и пациенту говорится о преимуществах, рисках (возможных осложнениях) и альтернативах предлагаемого метода лечения (смотреть критерий 68.5) |  |
|  | 86.4 |  | В течение трех часов после окончания операции, до того, как пациент покинет зону пробуждения, составляется и документируется протокол операции |  |
|  | 86.5 |  | В протокол операции включается:   1. идентификация пациента; 2. послеоперационный диагноз; 3. имя оперировавшего хирурга и его ассистентов; 4. название операции и ход (описание) операции; 5. упоминание осложнений (нет/да); 6. биоматериал, отправленный на гистологическое исследование; 7. объем кровопотери в мл; 8. серийный номер импланта (если применимо); 9. дату, время, подпись хирурга. |  |
| Стандарт 87.0 |  |  | **87.0 ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**  **В течение 24 часов после операции составляется совместный послеоперационный план лечения и ухода** | Новый стандарт внедрен в связи с важностью послеоперационного ведения пациента в соответствии с планом. |
|  | 87.1 |  | Послеоперационный план лечения и ухода составляется врачом совместно с медицинской сестрой и другими задействованными специалистами |  |
|  | 87.2 |  | В послеоперационном плане лечения и ухода содержатся конкретные указания или действия для среднего медицинского персонала и подпись среднего медицинского персонала |  |
|  | 87.3 |  | Послеоперационный план лечения составляется после операции и доступен для медицинского персонала |  |
|  | 87.4 |  | Послеоперационный план лечения отражается в листах назначения врача |  |
|  | 87.5 |  | При изменении состояния или потребностей пациента, послеоперационный план лечения и ухода обновляется |  |
|  |  |  | **D4: Лабораторные услуги и служба крови** |  |
| Стандарт 88.0 |  |  | **88.0 ОРГАНИЗАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ**  **Лабораторные услуги являются доступными для удовлетворения нужд пациентов и соответствуют законодательству и профессиональным требованиям \*** | Выделен в отдельный стандарт в соответствии с международными требованиями |
|  | 88.1 |  | Руководством медицинской организации определяется квалифицированное лицо, осуществляющее контроль лабораторных услуг, оказываемых пациентам медицинской организации, в том числе оказываемых субподрядными организациями по договору |  |
|  | 88.2 |  | Только квалифицированными лицами проводятся и интерпретируются лабораторные исследования |  |
|  | 88.3 |  | Оказываемые лабораторные услуги соответствуют законодательным актам Республики Казахстан |  |
|  | 88.4 |  | Определенные лабораторные услуги являются доступными круглосуточно для экстренных ситуаций, возникающих во внерабочее время (если применимо) |  |
|  | 88.5 |  | Лабораторные услуги, оказываемые субподрядными организациями по договору, контролируются через индикаторы или требования, прописываются в договоре, и при неудовлетворительном качестве услуг принимаются меры \*\* |  |
| Стандарт 89.0 |  |  | **89.0 ВРЕМЕННЫЕ РАМКИ ИССЛЕДОВАНИЙ**  **Определяются временные рамки на каждый вид лабораторного исследования \*** | Выделен в отдельный стандарт в соответствии с международными требованиями |
|  | 89.1 |  | На каждый вид лабораторного исследования определяются временные рамки, в течение которых должен быть готов результат исследования |  |
|  | 89.2 |  | Результаты лабораторных исследований сообщаются своевременно |  |
|  | 89.3 |  | Ответственным лицом проводится мониторинг своевременности выполнения экстренных лабораторных исследований |  |
|  | 89.4 |  | На каждый вид лабораторного исследования определяются границы нормы, которые по возможности указаны в бланке с результатом исследования и при необходимости пересматриваются |  |
|  | 89.5 |  | Определяются критические (значительно отклоненные от нормы) результаты лабораторных исследований, при выявлении которых персонал лаборатории в течение 30 минут информирует врача или пост стационарного отделения (смотреть критерии 56.1 и 56.3) |  |
| Стандарт 90.0 |  |  | **90.0 ОБРАЩЕНИЕ С БИОМАТЕРИАЛОМ ПАЦИЕНТА**  **Процессы сбора, идентификации и маркировки, транспортировки, утилизации биоматериала пациента стандартизуются \*** | Выделен в отдельный стандарт в соответствии с международными требованиями |
|  | 90.1 |  | Прописывается и выполняетсяпроцесс назначения лабораторного исследования врачом и выписывания направления в лабораторию |  |
|  | 90.2 |  | Прописывается и выполняетсяпроцесс сбора биоматериала, его идентификации и маркировки |  |
|  | 90.3 |  | Прописывается и выполняетсяпроцесс безопасной транспортировки, обращения с биоматериалом пациента |  |
|  | 90.4 |  | Прописывается и выполняетсяпроцесс приема лабораторией, регистрации, отслеживания и хранения биоматериала пациента |  |
|  | 90.5 |  | Вышеуказанные требования выполняются субподрядными организациями, выполняющими лабораторные исследования для пациентов организации |  |
| Стандарт 91.0 |  |  | **91.0 ЛАБОРАТОРНАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ**  **Внедряется и выполняется программа лабораторной безопасности, взаимосвязанная с инфекционным контролем и безопасностью здания \*** | Выделен в отдельный стандарт в соответствии с международными требованиями |
|  | 91.1 |  | Сотрудники лаборатории защищаются от рисков через ношение средств индивидуальной защиты, специальной одежды, пользование защитным оборудованием и устройствами (например, очки, ламинарный шкаф) |  |
|  | 91.2 |  | Все сотрудники лаборатории обучаются основам лабораторной безопасности при трудоустройстве и периодически в ответ на инциденты, при получении нового оборудования или изменении методов работы \*\* |  |
|  | 91.3 |  | В программе лабораторной безопасности запрещается в рабочих зонах лаборатории есть, пить, курить, применять косметику, прикасаться к контактной линзе или к губам |  |
|  | 91.4 |  | Инциденты, связанные с безопасностью (например, укол иглой, контакт с биоматериалом), сообщаются и по ним принимаются корректирующие меры (смотреть критерии 9.2; 26.5; 43.5) |  |
|  | 91.5 |  | Раз в год или чаще лицо, ответственное за лабораторные услуги, выступает с отчетом по лабораторной безопасности на заседании Комиссии по безопасности здания |  |
| Стандарт 92.0 |  |  | **92.0 КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА В ЛАБОРАТОРИИ**  **Проводится внутренний и внешний контроль качества лабораторных услуг** | Выделен в отдельный стандарт в связи с важностью внутреннего и внешнего контроля качества лабораторных услуг |
|  | 92.1 |  | Медицинской организацией проводится внутренний контроль качества лабораторных услуг через оборудование или вручную путем выборочной перепроверки результатов исследований |  |
|  | 92.2 |  | Внутренний контроль качества проводится регулярно (желательно ежедневно) и не требует документации, если выполняется автоматически на оборудовании |  |
|  | 92.3 |  | Проводится внешний контроль качества лабораторных услуг через референс-лабораторию или выборочную перепроверку биоматериала внешней организацией |  |
|  | 92.4 |  | Внешний контроль качества проводится раз в год и подтверждается документально \*\* |  |
|  | 92.5 |  | При неудовлетворительном результате внутреннего или внешнего контроля качества, принимаются корректирующие действия |  |
| Стандарт 93.0 |  |  | **93.0 ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОРУДОВАНИЕ**  **Лабораторное оборудование поддерживается в рабочем состоянии** | Выделен в отдельный стандарт в связи с важностьюподдерживания лабораторного оборудования в рабочем состоянии |
|  | 93.1 |  | Все лабораторное оборудование регулярно инспектируется, поддерживается, калибруется, и эти действия документируются (смотреть критерии 44.1 – 44.5) |  |
|  | 93.2 |  | Лабораторное оборудование обслуживается сотрудниками организации или за счет договора с внешней организацией |  |
|  | 93.3 |  | Все сотрудники обучаются работе с оборудованием, с которым они работают |  |
|  | 93.4 |  | Если лабораторное оборудование находится вне лаборатории и им пользуются сотрудники клинических отделений, то они обучаются работе с оборудованием от руководителя или сотрудника лаборатории |  |
|  | 93.5 |  | Ежеквартально руководителем или сотрудником лаборатории проверяются все единицы лабораторного оборудования, которое находится вне лаборатории (тестирование реагентов или функций оборудования) \*\* |  |
|  |  |  | **D5: Служба лучевой диагностики** |  |
| Стандарт 94.0 |  |  | **94.0 ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ**  **Услуги лучевой диагностики являются доступными для удовлетворения нужд пациентов и соответствуют законодательным актам Республики Казахстан** | Выделен в отдельный стандарт в связи с важностью выполнения контроля качества и соблюдения требований законодательства Республики Казахстан и профессиональных стандартов при организации службы лучевой диагностики |
|  | 94.1 |  | Руководством медицинской организации определяется квалифицированное лицо, осуществляющее контроль за услуги лучевой диагностики, оказываемые для пациентов медицинской организации |  |
|  | 94.2 |  | Только квалифицированными лицами проводятся и интерпретируются радиологические, ультразвуковые и другие виды исследования в лучевой диагностике |  |
|  | 94.3 |  | Оказываемые услуги лучевой диагностики соответствуют законодательным актам Республики Казахстан |  |
|  | 94.4 |  | Определенные услуги лучевой диагностики являются доступными круглосуточно для экстренных ситуаций, возникающих во внерабочее время (если применимо) |  |
|  | 94.5 |  | Услуги лучевой диагностики, оказываемые субподрядными организациями по договору, контролируются через индикаторы или требования, прописываются в договоре, и при неудовлетворительном качестве услуг принимаются меры \*\* |  |
| Стандарт 95.0 |  |  | **95.0 ВРЕМЕННЫЕ РАМКИ ИССЛЕДОВАНИЙ**  **Определяются временные рамки на каждый вид исследования в лучевой диагностике \*** | Выделен в отдельный стандарт в соответствии с международными требованиями |
|  | 95.1 |  | На каждый вид радиологического исследования (рентген, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография) определяются временные рамки, в течение которых должно быть готово заключение |  |
|  | 95.2 |  | Заключение радиологических исследований готовится своевременно |  |
|  | 95.3 |  | Проводится мониторинг своевременности выполнения экстренных радиологических исследований |  |
|  | 95.4 |  | Во внерабочее время снимок или диск с радиологическим исследованием может выдаваться дежурному/ лечащему врачу без заключения при условии, что врач имеет привилегию по интерпретации исследования (смотреть критерии 24.1 и 27.3) |  |
|  | 95.5 |  | Определяются критические (значительно отклоненные от нормы) результаты радиологических исследований, при выявлении которых персонал информирует врача или ответственных лиц (смотреть критерии 56.1 и 56.3) |  |
| Стандарт 96.0 |  |  | **96.0 РАДИАЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ**  **Внедряется и выполняется программа радиационной безопасности, взаимосвязанная с инфекционным контролем и безопасностью здания \*** | Выделен в отдельный стандарт в связи с важностью **в**недрения и выполнения программы радиационной безопасности, взаимосвязанной с инфекционным контролем и безопасностью здания |
|  | 96.1 |  | Сотрудники защищаются от радиации через ношение рентген-защитной одежды, пользование защитными устройствами, ношение индивидуальных дозиметров |  |
|  | 96.2 |  | Все сотрудники радиологической службы обучаются основам радиационной безопасности при трудоустройстве и периодически в ответ на инциденты, при получении нового оборудования или изменении методов работы \*\* |  |
|  | 96.3 |  | Программа радиационной безопасности включает проверку защитных свойств всей рентген-защитной одежды каждые два года, проверку фона радиации в помещении раз в год и ежеквартальный контроль индивидуальных дозиметров \*\* |  |
|  | 96.4 |  | Инциденты, связанные с безопасностью или несоблюдением радиационной безопасности сообщаются и по результатам работы с инцидентами принимаются корректирующие меры (смотреть критерии 9.2; 26.5; 43.5) |  |
|  | 96.5 |  | Раз в год лицо, ответственное за радиационную безопасность, выступает с отчетом по радиационной безопасности на заседании Комиссии по безопасности здания |  |
| Стандарт 97.0 |  |  | **97.0 РАДИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ**  **Радиологическое оборудование поддерживается в рабочем состоянии** | Выделен в отдельный стандарт в связи с важностью поддержания радиологического оборудования в рабочем состоянии |
|  | 97.1 |  | Все оборудование по лучевой диагностике (рентген, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультра- звуковое исследование и другие) регулярно инспектируется, поддерживается, калибруется и эти действия документируются (смотреть критерии 44.1 – 44.5) |  |
|  | 97.2 |  | Оборудование по лучевой диагностике обслуживается сотрудниками организации или за счет договора с внешней организацией |  |
|  | 97.3 |  | Все сотрудники обучаются работе с оборудованием, с которым они работают |  |
|  | 97.4 |  | Есть список всего оборудования по лучевой диагностике |  |
|  | 97.5 |  | Требования к технической спецификации и характеристикам закупаемого оборудования по лучевой диагностике определяются специалистом по лучевой диагностике |  |
| Стандарт 98.0 |  |  | **98.0 КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА В РАДИОЛОГИИ**  **Проводится внутренний и внешний контроль качества радиологических исследований** | Выделен в отдельный стандарт в связи с важностью проведения внутреннего и внешнего контроля качества радиологических исследований для безопасности пациентов и сотрудников |
|  | 98.1 |  | Внутренний контроль качества проводится регулярно (желательно ежедневно) и не требует документации, если выполняется автоматически на оборудовании |  |
|  | 98.2 |  | Ежегодно проводится внешний контроль качества путем выборочной перепроверки заключения внешним экспертом («второе чтение») |  |
|  | 98.3 |  | Существует список внешних экспертов с контактными данными, к которым может обратиться организация при сомнительном, сложном случае («второе чтение») \*\* |  |
|  | 98.4 |  | Знания, квалификация внешних экспертов подтверждается документально |  |
|  | 98.5 |  | При неудовлетворительных данных контроля качества принимаются меры |  |