Приложение 4

к приказу Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_года №\_\_\_\_\_

Приложение 4

к приказу Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от 02 октября 2012 года № 676

**Стандарты аккредитации медицинских организаций**

**восстановительного лечения и медицинской реабилитации**

 **Глава 1: Руководство**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Измеряемые критерии** | **Ранги** |
| 1. Орган управления медицинской организации. Функции Органа управления (Наблюдательный Совет, Совет директоров, учредитель (и)) медицинской организации прописаны в документах |
|  | Структура и функции Органа управления, включая делегированные первому руководителю (-ям) медицинской организации полномочия, прописаны в Уставе (Положении) медицинской организации \*\* | III |
|  | Члены Органа управления медицинской организации избираются в соответствии с законодательством Республики Казахстан \*\*\* | III |
|  | Органом управления утверждены критерии и ежегодно проводится оценка работы первого руководителя (-лей) медицинской организации | III |
|  | Медицинская организация ежеквартально предоставляет Органу управления отчеты о результатах основной деятельности, включая сведения об ошибках медицинского персонала, жалобах, случаях смерти и результатах проведенного анализа по упомянутым событиям \*\* | II |
|  | Ежегодная оценка работы Органа управления вышестоящим органом здравоохранения или вышестоящим учредителем и оценка первого руководителя (-лей) медицинской организации подтверждается документально. Орган управления, являющийся высшим уровнем управления медицинской организации, оценивает свою деятельность в виде ежегодной самооценки \*\* | I |
| 2. Стратегическое и операционное планирование. Руководители медицинской организации планируют услуги согласно потребностям населения  |
|  | В документе по стратегическому планированию (стратегия развития или стратегический план) (далее – стратегический план) излагаются миссия, видение, ценности, стратегические цели, задачи и индикаторы исполнения задач \*\* | III |
|  | Стратегический план медицинской организации разрабатывается с участием представителей структурных подразделений медицинской организации и согласуется Органом управления \*\* | II |
|  | На основании стратегического плана разрабатывается и утверждается годовой план медицинской организации \*\* | II |
|  | Руководство ежеквартально проводит мониторинг выполнения мероприятий годового плана организации (планов работы подразделений) и данных по индикаторам \*\* | II |
|  | Руководство планирует годовой бюджет и организует обеспечение медицинской организации необходимыми ресурсами для реализации производственных задач \*\* | I |
| 3. Производственное управление. Эффективное управление медицинской организации осуществляется в соответствии с её миссией и основной деятельностью |
|  | Миссия и видение медицинской организации являются доступными для её персонала и населения | III |
|  | Медицинская организация действует в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан и своевременно реагирует на результаты проверок уполномоченных органов \*\*\* | III |
|  | Для каждого структурного подразделения утверждается положение о подразделении с описанием основных функций и списком оказываемых услуг \* | III |
|  | Руководители структурных подразделений отчитываются перед руководством медицинской организации о выполнении поставленных задач и достижении желаемых результатов по индикаторам (смотреть подпункты 1), 2) пункта 8 настоящего Стандарта) \*\* | II |
|  | Руководство медицинской организации проводит системную, плановую работу по предупреждению рисков (смотреть подпункты 1), 4), 5) пункта 9 настоящего Стандарта) | I |
| 4. Организационная структура. Организационная структура соответствует миссии и деятельности организации |
|  | Организационная структура представляется в виде схемы, утверждается руководством медицинской организации и доводится до сведения персонала организации \*\* | III |
|  | Функции и полномочия каждого структурного подразделения и всех ответственных лиц определяются и доводятся до сведения персонала  | III |
|  | В организационной структуре указывается должностное лицо, осуществляющее контроль сестринского ухода, должностное лицо, осуществляющее деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг, и (или) иные руководящие лица для реализации миссии медицинской организации | III |
|  | В организационной структуре указывается должностное лицо, осуществляющее контроль эффективного управления финансовыми ресурсами | III |
|  | Координация взаимодействия персонала структурных подразделений обеспечиваются положениями о подразделениях (где указаны функции подразделений), должностными инструкциями, правилами и процедурами организации, а также работой соответствующих комиссий медицинской организации | II |
| 5. Этические нормы. Определяются и соблюдаются этические нормы организации  |
|  | В медицинской организации определяются этические нормы, которыми она руководствуется в своей деятельности, в том числе при принятии решений и определении правил поведения персонала | III |
|  | Этический кодекс медицинской организации разрабатывается с участием представителей структурных подразделений медицинской организации и утверждается руководством \* | III |
|  | В медицинской организации создана Этическая комиссия для рассмотрения этических вопросов, возникающих при оказании медицинской помощи \*\* | II |
|  | В медицинской организации внедрен процесс выявления, своевременного анализа и принятия мер по этическим вопросам (решения о прекращении лечения, отказе в лечении и другие ситуации в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан) \*\*\* | I |
|  | Персонал медицинской организации проходит обучение по вопросам этических норм в здравоохранении \*\* | II |
| 6. Культура безопасности (не карательная обстановка в коллективе, при которой безопасность пациента ставится выше профессиональной солидарности). Руководство организации внедряет и поддерживает культуру безопасности, поощряет выявление инцидентов и принимает системные меры по улучшению работы |
|  | Руководители и персонал медицинской организации обучены определениям: «культура безопасности», «инцидент», «потенциальная ошибка», «ошибка», «экстремальное событие», а также правилам оповещения и расследования инцидентов \*\* | I |
|  | В медицинской организации внедрен процесс обеспечения страхования (гарантирования) профессиональной ответственности медицинских работников, выполняющих процедуры и операции высокого риска (с высоким риском судебных исков) \*\* | I |
|  | В медицинской организации определены должностные лица ответственные за выявление, документирование и мониторинг инцидентов | I |
|  | Внедрен процесс регистрации и оповещения об инцидентах в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации \* | I |
|  | В целях повышения качества услуг руководством медицинской организации принимаются системные действия, направленные на профилактику проблем и снижение рисков \*\* | I |
| 7. Управление качеством. В медицинской организации определяется должностное лицо, осуществляющее деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг, и утверждается программа или план, определяющие основные направления работы по улучшению качества оказания медицинских услуг |
|  | Должностное лицо медицинской организации, осуществляющее деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг, обладает необходимыми навыками и знаниями в области улучшения качества (смотреть подпункт 3) пункта 4 настоящего Стандарта) \*\* | I |
|  | Орган управления медицинской организации ежегодно утверждает программу или план мероприятий по непрерывному улучшению качества медицинских услуг и повышения безопасности пациента с участием всех подразделений медицинской организации \* | II |
|  | В документе по непрерывному улучшению качества медицинских услуг дается определение термина «экстремальное событие» | II |
|  | Экстремальное событие подлежит обязательному расследованию и о его результатах информируются руководство медицинской организации, заинтересованный пациент (-ы), а также Орган управления медицинской организации (в квартальном отчете с указанием принятых мер) (смотреть подпункт 4) пункта 1 настоящего Стандарта)\*\* | II |
|  | Персонал медицинской организации обучается методам (инструментам) улучшения качества и надлежащему использованию статистических данных, полученных в результате мониторинга деятельности медицинской организации (смотреть подпункт 3) пункта 19 и подпункт 4) пункта 3 настоящего Стандарта) | I |
| 8. Непрерывное повышение качества. В медицинской организации внедряется программа непрерывного повышения качества медицинских услуг и безопасности пациента |
|  | Руководство ежегодно участвует в определении приоритетных индикаторов повышения качества (далее – индикаторы) медицинских услуг и безопасности пациента, как в целом для медицинской организации, так и для отдельных структурных подразделений. Показатели по достижению ключевых индикаторов включаются в квартальные отчеты медицинской организации об основной деятельности (смотреть подпункт 4) пункта 1 и подпункт 4) пункта 2 настоящего Стандарта) \*\* | I |
|  | Индикаторы структурных подразделений измеримы: разрабатываются формулы расчета (с определенным числителем и знаменателем, если применимо), определяются желаемые пороговые значения; проводятся сбор данных и анализ индикаторов \*\* | I |
|  | Проводится клинический аудит медицинских карт, согласно утвержденным внутренним процедурам медицинской организации, соответствующих требованиям законодательством Республики Казахстан \*Результаты клинического аудита используются при разработке мер по повышению качества медицинских услуг \* | I |
|  | Проводится анкетирование удовлетворенности пациентов в соответствии с законодательством Республики Казахстан. Результаты анкетирования учитываются при разработке мер по повышению качества медицинских услуг \* | I |
|  | На заседаниях соответствующих комиссий проводится разбор клинических случаев, результаты которого применяются для улучшения клинической деятельности  | I |
| 9. Управление рисками. В медицинской организации внедряется программа по управлению рисками  |
|  | Медицинская организация имеет утверждённую программу по управлению рисками, которая включает следующие элементы:цель и задачи документа;образец реестра рисков и способ оценки рисков;утвержденное должностное лицо, осуществляющее деятельность по управлению рисками;требования по обучению персонала;виды рисков (стратегические, клинические, финансовые и прочие риски);образец плана действий по устранению рисков и требование разработать действие на каждый значительный риск;требование информировать заинтересованные стороны о рисках \* | I |
|  | Утвержденная программа по управлению рисками реализуется персоналом медицинской организации, который участвует в: выявлении рисков;сообщении о рисках;оценке и определении приоритетности рисков;анализе инцидентов (потенциальных ошибок, ошибок, экстремальных событий);составлении и реализации плана действий | I |
|  | Руководители структурных подразделений и персонал медицинской организации осведомлены о возможных неблагоприятных событиях, которые могут возникнуть вследствие клинических, техногенных и организационных особенностей производственных процессов (далее – риски) в своих подразделениях | I |
|  | Медицинская организация проводит непрерывную оценку рисков. Источники информации о рисках: инциденты, медицинский персонал, наблюдения, обзор документации, пациенты и их законные представители \*\* | I |
|  | Медицинская организация принимает меры по полноценной реализации мероприятий программы управления рисками, снижению или устранению рисков (ежегодно составляется, обновляется и корригируется план действий по снижению рисков) \*\* | I |
| 10. Клинические протоколы. Руководители медицинской организации мониторируют применение и внедрение медицинским персоналом клинических протоколов |
|  | Руководством медицинской организации проводится мониторинг внедрения и применения клинических протоколов диагностики и лечения (далее – клинические протокола)  | III |
|  | В медицинской организации определены ответственные лица по мониторингу внедрения и применения клинических протоколов | I |
|  | Мероприятия по мониторингу внедрения клинических протоколов осуществляются в рамках плановых мероприятий внутренней экспертизы в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан | II |
|  | Проводится клинический аудит путем ретроспективного и (или) текущего анализа медицинских карт на предмет их соответствия требованиям клинических протоколов, основанных на доказательной медицине | I |
|  | Результаты клинического аудита медицинских карт применяются для обратной связи с медицинским персоналом, обучения персонала и других мероприятий для повышения качества медицинских услуг в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации | I |
| 11. Работа с населением. Медицинская организация вовлекает пациентов, население и персонал в планирование оказания медицинских услуг и способствует доступности оказываемых медицинских услуг для населения |
|  | Медицинская организация информирует население об оказываемых медицинских услугах и условиях (порядке) их получения, а также о любых изменениях в списке оказываемых медицинских услуг и условиях (порядке) их получения \*\* | III |
|  | Медицинская организация информирует население о качестве оказываемых медицинских услуг (индикатор «удовлетворенность пациента» и другие) \*\* | III |
|  | Медицинская организация постоянно поддерживает обратную связь с населением по оказываемым медицинским услугам через средства коммуникации (веб-сайт, социальные сети, телефон, call-центр) | III |
|  | Медицинская организация участвует в программах по обучению населения здоровому образу жизни и профилактике заболеваний \*\* | III |
|  | В соответствии с утвержденными процедурами медицинская организация планирует оказание медицинских услуг с учетом потребностей населения  | II |

 **Глава 2: Управление ресурсами**

|  |
| --- |
| 12. Управление финансами. Финансовые ресурсы медицинской организации используются эффективно для реализации плановых задач  |
|  | Бюджет медицинской организации соответствует поставленным задачам стратегического и операционного (годового) планов работы (смотреть подпункты 2), 3) пункта 2 настоящего Стандарта) | II |
|  | Бюджет организации составляется на основании заявок руководителей подразделений | III |
|  | Бюджет позволяет обеспечивать медицинскую организацию необходимыми ресурсами для осуществления деятельности и пересматривается в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации (смотреть подпункт 5) пункта 2 настоящего Стандарта) | III |
|  | Для экстренного приобретения лекарственных средств и изделий медицинского назначения, отсутствующих в медицинской организации, имеется договор их внепланового закупа \*\* | II |
| 5) | Медицинские услуги, осуществляемые на платной основе, оказываются на основании утвержденного прейскуранта цен, доступного населению \*\* | II |
| 13. Финансовый аудит и бухгалтерский учет. Управление финансовыми ресурсами организации проводится в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан |
|  | Существует система или процесс внутреннего финансового контроля | II |
|  | Внешний государственный аудит и внешний аудит медицинской организации проводится в соответствии с законодательством Республики Казахстан \*\*\* | III |
|  | Бухгалтерский учет основывается на достоверной финансовой информации обо всех источниках доходов и расходов, обеспечивает своевременные и точные финансовые отчеты для принятия решений. Бухгалтерский учет ведется с применением признанных автоматизированных программ \*\* | III |
|  | Прибыли, убытки и расходы на медицинские услуги регулярно отслеживаются в сравнении с бюджетами и предоставляются первому руководителю в виде ежеквартальных финансовых отчетов \*\*  | III |
|  | Бухгалтерские отчеты своевременно направляются в налоговые органы и органы государственной статистики  | II |
| 14. Фонд оплаты труда. Оплата труда персонала осуществляется своевременно и с учетом дифференцированного вклада работника в производительность организации |
|  | Оплата труда персонала медицинской организации осуществляется на основании утвержденного положения, согласованного с Органом управления (далее – Положение) \* | III |
|  | При оплате труда персонала медицинской организации на основе дифференцированной системы оплаты, в Положении предусмотрены индикаторы для определения производительности труда персонала, утвержденные руководством медицинской организации в соответствии с законодательством Республики Казахстан \* | III |
|  | При дифференцированной оплате труда периодически проводится определение производительности работников на основании утвержденных индикаторов \*\* | III |
|  | Оплата труда персоналу, перечисления в пенсионный фонд и другие обязательные отчисления осуществляются своевременно \*\* | III |
|  | Оплата труда персоналу осуществляется на основе утвержденной медицинской организацией организационной структуры, штатного расписания \*\* | II |
| 15. Информационное управление. Создаются надлежащие условия для эффективного управления данными |
|  | В медицинской организации имеется достаточное количество технических средств, обеспечивающих потребности медицинского персонала при работе с медицинской и административной информацией, своевременного и полного ввода данных в локальную информационную систему медицинской организации | III |
|  | Руководство обеспечивает доступ медицинских работников к сети интернет для своевременного получения и обмена информацией, необходимой в работе | III |
|  | Руководство медицинской организации обеспечивает доступность действующих нормативных правовых актов и правовых актов Республики Казахстан персоналу организации | III |
|  | Руководство медицинской организации создает условия для ведения медицинских карт в электронном формате | III |
|  | Медицинская организация утверждает процедуры управления документацией в соответствии с законодательством Республики Казахстан \*\*\* | II |
| 16. Защита информации. Медицинская организация обеспечивает конфиденциальность, безопасность и целостность информации |
|  | В медицинской организации определены уровни доступа персонала к конфиденциальной информации \* | II |
|  | Информация на бумажном и электронном носителях защищается от повреждения, утери и неавторизированного доступа (несанкционированное проникновение в автоматизированную информационную систему) \* | II |
|  | В соответствии с законодательством Республики Казахстан в медицинской организации обеспечивается конфиденциальность информации о пациенте \*\*\* | I |
|  | Персонал обучается правилам по защите и неразглашению конфиденциальной информации  | III |
|  | В медицинской организации определены сроки хранения и порядок уничтожения медицинских и немедицинских документов, в соответствии с законодательством Республики Казахстан \*\*\* | II |
| 17. Внутренние документы. Руководство совместно с персоналом разрабатывает, утверждает и внедряет процедуры медицинской организации, регламентирующие ее деятельность |
|  | Утвержден порядок разработки, согласования, утверждения и оформления, пересмотра процедур организации \* | III |
|  | Составляется и обновляется список всех действующих внутренних процедур организации \*\* | III |
|  | Руководство организации обеспечивает доступность для персонала информации о действующих процедурах организации  | III |
|  | Проводится обучение персонала медицинской организации по утвержденным процедурам организации | III |
|  | Персонал осуществляет свою деятельность в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации | II |
| 18. Медицинская документация. Медицинская документация составляется своевременно и способствует преемственности медицинской помощи |
|  | В медицинских картах применяются формы медицинской документации согласно законодательству Республики Казахстан и лучшей мировой практики \*\*\* | III |
|  | Содержание медицинской карты стандартизируется в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации. Каждая запись в медицинской карте подписывается автором с указанием даты и времени \* | I |
|  | Все проведенные лечебные мероприятия и медикаментозная терапия своевременно документируются в медицинской карте пациента \* | I |
|  | В медицинских картах используются аббревиатуры, символы из списка, утвержденного руководством медицинской организации \*Записи в медицинских картах написаны и оформлены разборчиво | III |
|  | В медицинской организации проводится клинический аудит качества, своевременности и полноты записей в медицинских картах (смотреть подпункт 3) пункта 8 настоящего Стандарта) \* | I |
| 19. Анализ данных. Проводится проверка достоверности данных и их статистический анализ  |
|  | Утверждена процедура проверки достоверности публикуемых и предоставляемых во внешние организации данных \*\* | III |
|  | Ответственные лица, выполняющие проверку достоверности данных, обучены, имеют достаточный опыт и компетенцию \*\* | III |
|  | При мониторинге новых индикаторов проводится проверка достоверности полученных данных вторым лицом \* | III |
|  | Свод данных по индикаторам для включения в квартальные отчеты для руководства осуществляется ответственным работником (смотреть подпункт 4) пункта 1 и подпункт 4) пункта 2 настоящего Стандарта) \*\* | III |
|  | При отсутствии специального подразделения определяются ответственные лица по статистическому анализу собираемых данных и своевременному предоставлению их заинтересованным сторонам \*\* | II |
| 20. Штатное расписание. Штатное расписание соответствует организационной структуре, миссии и деятельности медицинской организации |
|  | Штатное расписание медицинской организации утверждается руководством медицинской организации в соответствии с законодательством Республики Казахстан \*\*\* | II |
|  | Штатное расписание соответствует организационной структуре и деятельности медицинской организации | III |
|  | В медицинской организации утверждаются квалификационные требования к должностям в соответствии с законодательством Республики Казахстан \*\*\*  | II |
|  | Пересмотр штатного расписания руководством медицинской организации проводится на основании заявок руководителей структурных подразделений, анализа соответствия штатного расписания производственным нуждам (определение уровня укомплектованности персоналом; необходимого уровня стажа и компетентности; расчет эффективной и рациональной структуры должностей персонала) \*\*\* | III |
|  | На каждый вид должности, включая внештатных работников, совместителей, консультантов, слушателей резидентуры, руководством медицинской организации утверждается должностная инструкция с указанием квалификационных требований (образование, обучение, знания, навыки и опыт) и функций, специфичных для данной должности \*\* | II |
| 21. Управление человеческими ресурсами. В медицинской организации внедрен процесс эффективного управления человеческими ресурсами |
|  | Процедуры по поиску, инструктажу (ориентации) и адаптации персонала разрабатываются в соответствии с законодательством Республики Казахстан и внедряются в медицинской организации \*\*\* | III |
|  | Персонал медицинской организации соответствует квалификационным требованиям должностной инструкции к занимаемой должности. Копия подписанной персоналом должностной инструкции имеется в кадровой службе | III |
|  | Руководители создают условия для непрерывного обучения персонала медицинской организации (доступ в интернет, компьютеры, тренинговый класс, библиотека) | III |
|  | Определяются потребности персонала в обучении. Обучение проводится на базе или вне медицинской организации  | III |
|  | Руководством разрабатываются и внедряются процедуры для мотивации персонала медицинской организации и укрепления корпоративного духа (смотреть подпункты 1) и 5) пункта 6 и подпункт 5) пункта 14 настоящего Стандарта) | II |
| 22. Личное дело персонала. Руководством медицинской организации установлен процесс формирования, хранения и обновления личных дел персонала  |
|  | Личные дела персонала медицинской организации хранятся в соответствии с утвержденными внутренними процедурами медицинской организации. Содержание личных дел стандартизировано | II |
|  | Личные дела медицинского персонала, включая внештатных работников, совместителей, консультантов, слушателей резидентуры содержат сертификат специалиста, сведения об образовании, трудовом стаже и квалификации персонала | I |
|  | Личное дело каждого медицинского работника содержит доказательство проверки подлинности у первоисточника документов об образовании работника, в соответствии с требованиями должностной инструкции  | I |
|  | Личное дело каждого медицинского работника содержит результаты оценки деятельности персонала, проводимые один раз в год | II |
|  | Личное дело каждого медицинского работника содержит записи о проведении обучения на базе медицинской организации и вне организации | II |
| 23. Инструктаж. Медицинская организация проводит инструктаж каждого работника для ознакомления с организацией |
|  | В медицинской организации разрабатываются и используются учебные материалы (письменные и (или) видеоматериалы) для проведения инструктажа | III |
|  | Все штатные и внештатные медицинские работники, совместители, консультанты, студенты, слушатели резидентуры, лица, обучающиеся на базе медицинской организации, проходят инструктаж и обучение для ознакомления с медицинской организацией, со своими должностными обязанностями (для работников) и основными требованиями по безопасности \*\* | III |
|  | Инструктаж персонала включает противопожарную безопасность, готовность к чрезвычайным ситуациям и соблюдение правил техники безопасности на рабочем месте | III |
|  | Инструктаж персонала включает вопросы инфекционного контроля и требования по безопасной работе с медицинским оборудованием | III |
|  | Инструктаж персонала медицинской организации включает ознакомление с программой повышения качества медицинской помощи и безопасности пациента | II |
| 24. Оценка клинических навыков. Проводится оценка знаний и клинических навыков клинического персонала в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации |
|  | При трудоустройстве проводится оценка клинических навыков врача и утверждается список его клинических привилегий (перечень операций и процедур высокого риска, выполнение которых разрешено врачу в данной медицинской организации) | II |
|  | При трудоустройстве проводится оценка навыков среднего медицинского персонала и утверждаются персональные списки компетенций в соответствии с процедурами медицинской организации | III |
|  | При трудоустройстве проводится оценка навыков персонала параклинических структурных подразделений медицинской организации  | II |
|  | Один раз в три года или чаще проводится процедура пересмотра клинических привилегий врача с учетом оценки деятельности врача, его текущей квалификации (знаний, образования, навыков и опыта), исходов лечения, в том числе неблагоприятных исходов и других сведений \*При несоответствии компетенции врача требованиям должностной инструкции, показателям работы или уровню квалификации, рассматривается вопрос отстранения врача от клинической практики в данной организации (ограничение привилегий) или направление на обучение или менторство | II |
|  | В медицинской организации ежегодно проводится переоценка компетенций персонала, параклинических структурных подразделений и средних медицинских работников | I |
| 25. Ежегодная оценка персонала. Один раз в год проводится оценка работы медицинского персонала, в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации |
|  | Утверждаются процедуры оценки и форма оценки медицинских работников.Форма оценки врача клинической специальности (врач, который проводит осмотр или лечение пациента) включает критерии:лечение и уход (врач оказывает эффективную и целесообразную медицинскую помощь);клинические знания (врач владеет нужными знаниями, применяет эти знания в работе);повышение квалификации (врач улучшает свою клиническую практику и знания); личные качества и коммуникабельность (врач поддерживает профессиональные взаимоотношения с пациентами и коллегами); этическая практика (врач относится к пациенту с состраданием, уважением к пациентам из разных социальных и культурных слоев);системное мышление (врач проявляет активность и гибкость в использовании нужных ресурсов);бережливое отношение к ресурсам (врач целесообразно и своевременно назначает лекарственные средства, исследования, консультации) | III |
|  | При оценке врачей, среднего медицинского персонала и других работников, перечень которых определен медицинской организацией, учитываются установленные показатели работы (индикаторы деятельности) и эти показатели содержатся в личных делах | II |
|  | Заполненная форма оценки персонала хранится в личном деле. Персонал организации ознакомлен с результатами оценки его работы | III |
|  | На основании результатов оценки определяется соответствие персонала занимаемой должности согласно требованиям законодательством Республики Казахстан \*\*\*  | III |
|  | Проводится оценка профессиональных компетенций персонала (смотреть подпункты 4), 5) пункта 24 настоящего Стандарта) | II |
| 26. Здоровье и безопасность персонала. Здоровье и безопасность персонала медицинской организации поддерживаются в соответствии с законодательством Республики Казахстан \*\*\* |
|  | Медицинская организация предоставляет (или обеспечивает) персоналу идентификационные бейджи, необходимую защитную одежду, средства индивидуальной защиты и защитное оборудование (включая средства для радиационной безопасности)  | I |
|  | Медицинская организация проводит оценку безопасности рабочих мест в соответствии с законодательством Республики Казахстан \*\*\* | III |
|  | Медицинская организация проводит мониторинг рабочей нагрузки, оказывает психологическую поддержку персонала для минимизации стресса и его контроля (антистрессовая комната, комната духовного уединения и другие) \* | II |
|  | Медицинская организация создает условия и проводит мероприятия для персонала по продвижению здорового образа жизни (спортивные мероприятия, мероприятия направленные против табакокурения и другие) \*\* | I |
|  | Медицинская организация обеспечивает защиту персонала от вредных и (или) опасных производственных факторов и принимает меры по предотвращению производственного травматизма \*\* | I |
| 27. Внештатные работники. Персонал, не состоящий в штатном расписании организации (внештатный персонал), имеет соответствующее предоставляемыми ими медицинскими услугами образование и квалификацию |
|  | Внештатный персонал соответствует квалификационным требованиям, предъявляемым руководством медицинской организации. Копия договора на оказание услуг имеется в кадровой службе (смотреть подпункт 2) пункта 21 и подпункт 1) пункта 22 настоящего Стандарта) \*\* | III |
|  | Личное дело внештатного персонала содержит доказательство проверки подлинности у первоисточника документов об образовании (смотреть подпункт 2) пункта 21 настоящего Стандарта) \*\* | III |
|  | При трудоустройстве проводится оценка клинических навыков внештатного медицинского персонала и утверждается список клинических привилегий или список компетенций в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации (смотреть подпункты 1), 2), 3) пункта 24 настоящего Стандарта) \*\* | III |
|  | Один раз в год проводится оценка качества работы внештатного персонала, результаты оценки хранятся в личном деле (смотреть пункт 25 настоящего Стандарта) \*\* | III |
|  | Результаты оценки качества работы внештатного персонала применяются для повышения качества услуг медицинской организации | I |
| 28. Мониторинг договоров. Руководители медицинской организации контролируют качество представляемых по договору услуг и товаров |
|  | Руководителем медицинской организации определяются ответственные лица по курации договоров о закупке товаров или услуг для медицинской организации | II |
|  | В каждом договоре прописываются требования к поставщикам, объему и качеству предоставляемых услуг или товаров \*\* | I |
|  | В каждом договоре прописываются индикаторы, на основании которых медицинская организация проводит мониторинг договора и оценку качества услуг или товаров поставщика \*\* | II |
|  | Результаты мониторинга договоров на основе установленных индикаторов доводятся до сведения руководства медицинской организации (смотреть подпункт 1) пункта 28 настоящего Стандарта) \*\* | II |
|  | При несоответствии качества услуг или товаров поставщика требованиям медицинской организации, принимаются меры по устранению несоответствий вплоть до расторжения договора с поставщиком | I |

 **Глава 3: Управление безопасностью**

|  |
| --- |
| **Параграф 1. Инфекционный контроль** |
| 29. Комиссия по инфекционному контролю. Комиссия по инфекционному контролю координирует выполнение программ и алгоритмов по инфекционному контролю |
|  | Медицинская организация проводит анализ результатов инфекционного контроля и эпидемиологической обстановки за год, включающий оценку эпидемиологических рисков \*\* | I |
|  | На основании оценки эпидемиологических рисков руководством медицинской организации разрабатываются и утверждаются программа инфекционного контроля и план работы (план мероприятий) по инфекционному контролю на предстоящий календарный год, включающие достижимые и измеримые задачи по снижению рисков \*\* | III |
|  | Проводится мониторинг инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (внутрибольничные инфекции), в том числе связанных с использованием дыхательной аппаратуры, применением катетеров, а также вызванных резистентными микроорганизмами и другими приоритетными для организации инфекциями \*\* | I |
|  | Комиссия по инфекционному контролю проводит анализ данных по внутрибольничным инфекциям и на их основании принимает меры для повышения инфекционной безопасности пациента \*\* | II |
|  | Не реже одного раза в квартал специалисты инфекционного контроля/члены комиссии инфекционного контроля информируют персонал и руководство организации о результатах мониторинга индикаторов инфекционного контроля, и о рекомендациях для улучшения деятельности медицинской организации по вопросам инфекционного контроля | I |
| 30. Программа по инфекционному контролю. В медицинской организации разрабатывается и внедряется программа по инфекционному контролю |
|  | Программа по инфекционному контролю разрабатывается и внедряется в соответствии с законодательством Республики Казахстан \*\*\* | III |
|  | При разработке программы по инфекционному контролю учитываются рекомендации ВОЗ или других профессионально признанных источников, основанных на доказательной медицине \* | III |
|  | Результаты инфекционного контроля своевременно предоставляются в территориальные департаменты Комитета охраны общественного здоровья уполномоченного органа в области здравоохранения в соответствии с законодательством Республики Казахстан \*\*\* | III |
|  | Руководство предоставляет необходимые ресурсы для эффективного выполнения программы инфекционного контроля | II |
|  | Руководством медицинской организации утвержден ответственный персонал за своевременное предоставление результатов инфекционного контроля в уполномоченный орган в области здравоохранения | II |
| 31. Процедуры по инфекционному контролю. Медицинская организация разрабатывает, утверждает и внедряет процедуры и алгоритмы в области инфекционного контроля |
|  | В медицинской организации внедряются алгоритмы по универсальным мерам предосторожности, применению средств индивидуальной защиты \* | II |
|  | Процедуры и алгоритмы медицинской организации в области инфекционного контроля разрабатываются в соответствии с законодательством Республики Казахстан\* | II |
|  | В медицинской организации в наличии имеется достаточное количество средств индивидуальной защиты (смотреть подпункт 5) пункта 30 настоящего Стандарта) | II |
|  | В местах обработки рук установлены раковины с проточной водой, мылом, антисептиками, салфетками или другими средствами для сушки рук (смотреть подпункт 5) пункта 30 настоящего Стандарта) | I |
|  | Средства индивидуальной защиты используются персоналом в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации | I |
| 32. Дезинфекция, стерилизация и прачечная. Чистка (уборка), дезинфекция, стерилизация и обращение с бельем проводятся с минимизацией риска инфекций в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан \*\*\* |
|  | Персонал медицинской организации соблюдает требования законодательства в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Республике Казахстан по чистке (уборке), дезинфекции помещений и поверхностей | I |
|  | Одноразовые изделия утилизируются (исключается повторное использование) после использования в соответствии с утвержденными процедурами организации и требованиями законодательства Республики Казахстан \* | I |
|  | Дезинфекция и стерилизация изделий медицинского назначения проводится с минимизацией риска инфекций, с соблюдением поточности процесса от «грязной» к «чистой» зоне. Персонал соблюдает этапность проведения стерилизации (сбор, транспортировка, учет, укладка, предстерилизационная очистка, стерилизация, упаковка, маркировка, доставка, хранение инструментов) \* | I |
|  | Качество предстерилизационной очистки и стерилизации мониторируется с применением химических и (или) биологических индикаторов\*\* | I |
|  | Обращение с чистым и грязным бельем, стирка белья проводится с минимизацией риска кросс-инфекции. Персонал соблюдает процедуры по обращению с бельем (сбор, транспортировка, передача, стирка, глажка, учет, раздача, применение) \*  | I |
| 33. Медицинские отходы. Организация обеспечивает безопасное обращение с отходами |
|  | В медицинской организации внедряется процедура по безопасному обращению с медицинскими отходами, включая обращение с острыми, колющими и режущими изделиями медицинского назначения, классификация всех отходов, образуемых в медицинской организации, а также их своевременная утилизация \* | I |
|  | Помещение для централизованного сбора опасных медицинских отходов соответствует требованиям законодательства Республики Казахстан (используются закрытые мусорные контейнеры, достаточная вентиляция воздуха, соблюдается температурный режим) | I |
|  | Отходы утилизируются безопасным образом в соответствии с законодательством Республики Казахстан \*\*\*Острые, колющие и режущие предметы утилизируются в специальных контейнерах для безопасного сбора и утилизации отходов | I |
|  | Остатки и компоненты крови, биологические жидкости, ткани организма хранятся и утилизируются с минимизацией риска инфицирования в маркированных контейнерах, согласно классификации отходов, с соблюдением температурного режима и сроков временного хранения  | I |
|  | Медицинский персонал обучается процедурам по обращению с опасными медицинскими отходами и соблюдает их на практике \*\* | I |
| 34. Пищеблок. Медицинская организация минимизирует риск инфекций при приготовлении пищи |
|  | Обращение с продуктами питания на всех этапах соответствует требованиям законодательства Республики Казахстан и обеспечивается их сохранность и безопасность \*\*\* | I |
|  | Продукты питания хранятся с соблюдением требований норм санитарно-эпидемиологического благополучия населения Республики Казахстан, включая температурный режим, влажность, защиту от света, вентиляцию, сроки хранения, товарное соседство, наличие документов, подтверждающих происхождение, качество и безопасность, соблюдений условий, исключающих их загрязнение и порчу, а также попадание в них посторонних предметов и веществ \* | I |
|  | Технологические процессы приготовления пищи происходят с соблюдением требований норм санитарно-эпидемиологического благополучия населения Республики Казахстан, включая температурный режим, деление на зоны (сырая, готовая продукция), маркировку разделочного инвентаря, оборудования и тары, раздельную обработку готового и сырого пищевых продуктов | I |
|  | Проводится обработка продуктов питания, поверхностей, посуды и других мест приготовления, обработки и хранения пищи, а также вспомогательных помещений пищеблока, для предотвращения кросс-инфекций в пищеблоке в соответствии с санитарно - эпидемиологическими требованиями | I |
|  | Персонал пищеблока медицинской организации проходит медицинский осмотр, профессиональную подготовку (квалификацию, специальность), соответствующую характеру выполняемых работ, а также обучение и аттестацию в области соблюдения требований норм санитарно-эпидемиологического благополучия населения Республики Казахстан, обеспечивающих безопасность производства пищевых продуктов \*\* | I |
| 35. Инженерные системы и ремонтные работы. Инфекционный контроль поддерживается инженерными системами. Требования инфекционного контроля соблюдаются при проведении ремонтных работ |
|  | В местах, где необходима асептическая рабочая зона, (микробиологическая, патологоанатомическая лаборатории) в медицинской организации устанавливается специализированное лабораторное оборудование (ламинарные боксы) | II |
|  | Фильтр с отдельным входом и (или) изолятор с боксом для изоляции пациентов с инфекцией оснащены в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан \*\*\* | I |
|  | В медицинской организации при проведении ремонтных и строительных работ соблюдаются процедуры по инфекционному контролю по определению уровня рисков в зависимости от масштаба и вида работ \* | I |
|  | Лица, осуществляющие ремонтные работы, обучаются по вопросам инфекционного контроля | II |
|  | Для предотвращения инфицирования пациентов и персонала в результате ремонтно-строительных работ, их производство письменно согласуются с ответственным лицом инфекционного контроля медицинской организации \*\* | II |
| 36. Обучение персонала по вопросам инфекционного контроля. Медицинская организация проводит непрерывное обучение персонала по инфекционному контролю |
|  | Ежегодно весь персонал медицинской организации проходит обучение по вопросам инфекционного контроля \*\* | III |
|  | Знания персонала медицинской организации по инфекционному контролю тестируются ежегодно | III |
|  | Дополнительное обучение по инфекционному контролю проводится для студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации | II |
|  | Проводится обучение пациентов, законных представителей пациента по вопросам инфекционного контроля | II |
|  | В случае ухудшения показателей индикаторов мониторинга инфекционного контроля, в медицинской организации проводится дополнительное обучение медицинского персонала (смотреть подпункт 5) пункта 29 настоящего Стандарта) по вопросам инфекционного контроля | II |
| **Параграф 2. Безопасность здания** |
| 37. Комиссия по безопасности зданий. В медицинской организации внедряется Программа по безопасности зданий, выполнение которой координирует Комиссия по безопасности зданий |
|  | Создается и работает Комиссия по безопасности зданий, которая координирует действия по поддержанию безопасности зданий и окружающей среды \*\* | III |
|  | Программа по безопасности зданий разрабатывается на основе законодательства Республики Казахстан и включает разделы: безопасность окружающей среды и система охраны, пожарная безопасность, готовность к чрезвычайным ситуациям, обращение с опасными материалами, медицинское оборудование, коммунальные (инженерные) системы \*  | III |
|  | Программа по безопасности зданий пересматривается ежегодно с определением приоритетных на каждый год направлений работы \* | III |
|  | Ежеквартально руководитель медицинской организации получает отчет от Комиссии по безопасности здания или должностного лица, ответственного за выполнение Программы по безопасности зданий, с указанием проведенных ключевых работ и существующих проблемах (рисков) безопасности зданий и окружающей среды \*\* | II |
|  | Руководитель медицинской организации ежегодно направляет отчет в Орган управления медицинской организации о выполнении Программы по безопасности зданий с указанием проведенных ключевых работ и существующих проблем (рисков) безопасности зданий и окружающей среды. В случае если Орган управления и руководитель медицинской организации являются одним лицом, то отчет предоставляет Комиссия по безопасности здания или должностное лицо, ответственное за выполнение Программы по безопасности зданий \*\* | II |
| 38. Безопасность окружающей среды. Здание (я) и территория медицинской организации являются безопасными и комфортными для пациентов, персонала и посетителей \*  |
|  | Состояние здания(й) и территории медицинской организации соответствуют требованиям законодательства Республики Казахстан \*\*\* | I |
|  | Случаи производственного травматизма и другие подлежащие отчетности сведения сообщаются в уполномоченные органы | I |
|  | Комиссия по безопасности зданий ежеквартально инспектирует (тестирует) здания и помещения, инженерные системы и оборудование с последующим документированием результатов проведенной инспекции | III |
|  | Здания и помещения, инженерные системы, оборудование и прочие предметы регулярно обновляются и поддерживаются на безопасном уровне | III |
|  | При обнаружении значительных рисков для персонала, пациентов, посетителей или для окружающей среды, руководство медицинской организации предпринимает надлежащие действия по выделению средств, информированию заинтересованных сторон и снижению выявленных рисков | I |
| 39. Охрана и защита. Обеспечивается охрана и защита здания и территории медицинской организации\*  |
|  | Медицинский персонал, внештатные и контрактные работники, студенты, слушатели резидентуры, лица, обучающиеся на базе медицинской организации, идентифицируются в соответствии с процедурами медицинской организации (смотреть подпункт 1) пункта 26 настоящего Стандарта) | III |
|  | Сотрудниками охранной службы проводится мониторинг (видеонаблюдение и обход) здания и территории с целью охраны и защиты | II |
|  | Документируются обход (инспекция) здания и передача дежурств между сотрудниками охранной службы \*\* | III |
|  | Ограничивается вход посторонних лиц в дневной стационар и режимные отделения (зоны контроля инженерных, коммунальных систем и другие) | I |
|  | Сотрудники охранной службы обучаются действиям при чрезвычайных ситуациях (при кодах по безопасности), а также оказанию первой помощи \*\* | II |
| 40. Пожарная безопасность. Внедряется программа по снижению пожарного риска и задымления\* |
|  | Функционирует система раннего выявления пожара, в наличии исправные средства для пожаротушения, которые регулярно инспектируются и при необходимости обновляются  | II |
|  | Инспекция, тестирование и поддержание средств и систем для раннего выявления и тушения пожара документируются \*\* | I |
|  | Для безопасной эвакуации из здания при пожаре и других чрезвычайных ситуациях пути эвакуации поддерживаются в свободном состоянии. В наличии имеются информационные и указательные знаки (указатели выхода, размещения пожарного инвентаря и гидрантов), схемы эвакуации  | II |
|  | Для ограничения распространения дыма и огня устанавливаются противопожарные двери, используются огнеупорные материалы, минимизируется использование возгораемых материалов | II |
|  | С персоналом медицинской организации ежегодно проводятся практические учения по действиям при пожаре и задымлении (смотреть подпункт 2) пункта 47 настоящего Стандарта) \*\* | II |
| 41. Другие чрезвычайные ситуации. Внедряется программа по снижению риска прочих чрезвычайных ситуаций |
|  | Медицинская организация определяет значимые для региона виды чрезвычайных ситуаций в виде оценки рисков с указанием вероятности возникновения, уровня разрушительной силы (последствий) и степени готовности организации к значимым для региона видам чрезвычайных ситуаций \*\* | III |
|  | На основе оценки рисков по чрезвычайным ситуациям в годовом плане мероприятий определяются приоритетные направления работы \*\* | III |
|  | Выделяются ресурсы для улучшения готовности организации к чрезвычайным ситуациям  | III |
|  | В медицинской организации ежегодно проходят практические учения персонала по принимаемым действиям при чрезвычайных ситуациях: оказание экстренной медицинской помощи, готовность использования альтернативных источников воды и электричества, проверка готовности системы оповещения, (смотреть подпункт 3) пункта 46 настоящего Стандарта) \*\* | III |
|  | По окончании практического обучения по действиям при чрезвычайных ситуациях, проводится анализ результатов проведенного обучения, с разработкой плана мероприятий по улучшению несоответствий и поддержке непрерывного улучшения \*\* | II |
| 42. Опасные материалы и отходы. Обращение с опасными материалами и отходами осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан, и обеспечивается безопасность людей и окружающей среды\*\*\* |
|  | Определяется список всех опасных материалов и отходов медицинской организации с указанием названий (состава), мер предосторожности и мер первой помощи при аварийных ситуациях, мест хранения, максимально допустимого объема хранения и применимых для маркировки предупреждающих знаков (смотреть пункт 33 настоящего Стандарта) | II |
|  | Прописываются требования к обращению с опасными материалами, включая их маркировку, хранение, ношение защитных средств при работе, транспортировке, утилизации \* | II |
|  | Все опасные материалы и отходы маркируются с указанием названия (состава), срока годности и применимых предупреждающих знаков | II |
|  | В местах применения опасных материалов имеется доступная информация по мерам предосторожности и алгоритмам оказания первой медицинской помощи | I |
|  | Медицинский персонал обучается действиям при разлитии опасного материала, включая быстрый сбор (обеззараживание) и сообщение об инциденте ответственным должностным лицам | I |
| 43. Медицинское оборудование. Безопасность медицинского оборудования обеспечивается путем тестирования, калибровки, поддержания в рабочем состоянии и обучения персонала |
|  | Внедряется программа по обеспечению безопасности медицинского оборудования (смотреть подпункт 2) пункта 38 настоящего Стандарта)\* | III |
|  | Определяется список и ведется учет всего медицинского оборудования | III |
|  | Проводится и документируется профилактическое обслуживание, тестирование, калибровка, поддержание, ремонт медицинского оборудования:профилактическое обслуживание каждой единицы оборудования проводится с частотой согласно инструкции производителя или чаще;частота профилактического обслуживания прописана в документах медицинской организации; график профилактического обслуживания оборудования составляется ежегодно \*\* | I |
|  | Проводится обучение персонала безопасной работе с медицинским оборудованием в соответствии с процедурами, утверждёнными руководством медицинской организации.Обученный и компетентный персонал допускается к работе с медицинским оборудованием \* | III |
|  | Внедряется система оповещения пользователей и принятия мер при отзыве, поломке и прочих случаях, связанных с медицинским оборудованием (например, риск возгорания) \* | I |
| 44. Коммунальные системы. Коммунальные и инженерные системы в медицинской организации соответствуют требованиям законодательства Республики Казахстан\*\*\* |
|  | Руководством медицинской организации определяется порядок и частота инспекций, тестирования и поддержания коммунальных и инженерных систем \* | III |
|  | Функционирование коммунальных и инженерных систем контролируется, поддерживается и улучшается | III |
|  | Проводится мониторинг системы вентиляции с документированием результатов проведенного мониторинга | III |
|  | Для предупреждения пылевого загрязнения в системе вентиляции устанавливаются фильтры, которые меняются с частотой согласно рекомендации производителя  | III |
|  | Коммунальные и инженерные системы маркируются для облегчения частичного или полного отключения при чрезвычайных ситуациях | I |
| 45. Вода и электричество. В медицинской организации обеспечивается непрерывный доступ к воде и электричеству, включая их альтернативные источники |
|  | В медицинской организации питьевая вода является доступной круглосуточно в любое время года | III |
|  | В медицинской организации электричество является доступным круглосуточно в любое время года | III |
|  | В медицинской организации определяются зоны и услуги, для которых наиболее важно водоснабжение и электроснабжение из альтернативных источников \*\* | II |
|  | Альтернативные источники водоснабжения тестируются ежеквартально \*\* | III |
| 5) | Альтернативные источники электроснабжения тестируются ежеквартально, имеется необходимый запас топлива для выработки электричества из альтернативного источника \*\* | II |
| 46. Обучение персонала по безопасности зданий. Проводится обучение, тестирование знаний персонала медицинской организации для поддержания безопасности зданий и окружающей среды |
|  | Персонал медицинской организации обучается правилам обращения с опасными материалами | II |
|  | Персонал медицинской организации обучается действиям при пожаре, включая сообщение о пожаре, навыкам применения огнетушителей и эвакуации пациентов | II |
|  | Персонал медицинской организации обучается работе с оборудованием и коммунальными (инженерными) системами, включая действия при чрезвычайных ситуациях (смотреть подпункт 4) пункта 43 настоящего Стандарта) | II |
|  | Штатный и внештатный персонал, студенты, слушатели резидентуры, лица, обучающиеся на базе медицинской организации, арендаторы помещений, волонтеры и посетители обучаются правилам безопасности при нахождении в здании и на территории медицинской организации | III |
|  | Ежегодно, в соответствии с утвержденными руководством медицинской организации процедурами, проводится тестирование знаний персонала по правилам безопасности при нахождении в здании и на территории медицинской организации  | I |
| **Параграф 3. Безопасность лекарственных средств и изделий медицинского назначения** |
| 47. Управление лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения. В медицинской организации обеспечивается безопасное обращение с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в организации |
|  | Обращение с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан \*\*\* | II |
|  | Ежегодно проводится анализ системы управления оборотом лекарственных средств и изделий медицинского назначения, включающий: планирование и закуп; хранение; врачебные назначения; приготовление или разведение; введение лекарственных средств пациенту; мониторинг лечебного эффекта\*\* | II |
|  | Проводится анализ системы управления лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, включающий оценку рисков (выявление проблем или зон высокого риска, связанных с использованием лекарственных средств) \*\* | II |
|  | Разрабатываются и внедряются процедуры, описывающие каждый этап управления лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения: планирование и закуп; хранение; врачебные назначения; приготовление или разведение; введение лекарственных средств пациенту; мониторинг эффекта лекарственных средств \* | I |
|  | Создается и функционирует формулярная комиссия, рассматривающая вопросы управления лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, включая утверждение формулярного списка \*\* | I |
| 48. Хранение лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Лекарственные средства и изделия медицинского назначения хранятся безопасно и надлежащим образом |
|  | Все лекарственные средства и изделия медицинского назначения хранятся с указанием названия (содержания), срока годности в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан \*\* | II |
|  | Лекарственные средства и изделия медицинского назначения хранятся с соблюдением температурного режима, влажности и прочих условий, в соответствии с требованиями к их хранению | II |
|  | Наркотические и другие лекарственные средства, подлежащие строгому учету и контролю, хранятся в соответствии с законодательством Республики Казахстан \*\*\* | II |
|  | Внутренние правила медицинской организации обеспечивают сохранность лекарственных средств и изделий медицинского назначения от утери и кражи | II |
|  | Персоналом аптеки/утвержденными должностными лицами проводится контроль всех мест хранения лекарственных средств и изделий медицинского назначения в медицинской организации для обеспечения хранения лекарственных средств в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан \*\* | I |
| 49. Особые случаи обращения с лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и их уничтожение. Прописываются особые случаи обращения с лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и их уничтожение |
|  | Руководством медицинской организации утверждается и контролируется соблюдение порядка выявления и уничтожения лекарственных средств и изделий медицинского назначения с истекшим сроком годности \* | I |
|  | Руководством медицинской организации утверждается и контролируется соблюдение порядка обращения лекарственных средств и изделий медицинского назначения приобретённых пациентом (личных, принесенных извне) \* | I |
|  | Руководством медицинской организации утверждается и контролируется порядок обращения с наборами лекарственных средств и изделий медицинского назначения для экстренных случаев (противошоковая укладка, противоэпидемическая укладка, реанимационный набор), включая их защиту от кражи и потери, своевременную проверку готовности набора и восполнение содержимого\* | I |
|  | Руководством медицинской организации утверждается и контролируется порядок отзыва лекарственных средств и изделий медицинского назначения\* | I |
|  | Руководством медицинской организации утверждается и контролируется порядок обращения с опасными лекарственными средствами \* | I |
| 50. Назначение лекарственных средств. Прописывается процесс назначения лекарственных средств и проверки назначений лекарственных средств |
|  | Утверждены требования к назначению лекарственных средств, включая заполнение обязательной информации в листе назначений или рецепте: идентификация пациента; название лекарственных средств (международное непатентованное или торговое наименование); доза; путь введения; кратность; длительность курса \* | I |
|  | В медицинской организации разработана и утверждена руководством организации процедура контроля правильности заполнения листов врачебных назначений или рецептов \* | I |
|  | Разрабатываются и утверждаются руководством медицинской организации процедуры, применяемые при устном назначении лекарственных средств в экстренных ситуациях \* | I |
|  | Проводится проверка назначений лекарственных средств в текущих медицинских картах для выяснения обоснованности и полноты назначения | I |
|  | Проводится выборочный клинический аудит листов врачебных назначений в текущих и закрытых медицинских картах на предмет соблюдения процедур организации и безопасности пациента \*\* | I |
| 51. Приготовление лекарственных средств. Лекарственные средства готовятся в безопасной и чистой обстановке |
|  | Лекарственные средства готовятся (разводятся, фасуются) в чистой и безопасной рабочей зоне с необходимым оборудованием и изделиями  | I |
|  | Медицинский персонал, готовящий стерильные лекарственные средства обучаются принципам приготовления лекарственных средств и методам асептики \*\* | I |
|  | Каждое лекарственное средство введенное пациенту и принятое пациентом документируется в листе назначений (или ином документе) с указанием времени и автора записи \*\* | I |
|  | Безопасное введение лекарственных средств обеспечивается проверкой правильности пяти пунктов: тот ли это пациент, лекарственное средство, доза, путь введения, время и частота приема | I |
| 5) | Прописывается процесс самостоятельного введения пациентом лекарственных средств (ингалятор или инсулиновая ручка) \* | III |
| 52. Мониторинг и обучение обращения с лекарственными средствами. Проводится мониторинг эффекта лекарственных средств и периодическое обучение пациентов и персонала в зависимости от потребности |
|  | Разрабатываются и утверждаются руководством медицинской организации процедуры по проведению мониторинга эффекта лекарственных средств и побочных эффектов \*\* | I |
|  | Проводится обучение пациента по вопросам приема лекарственных средств, включая обучение по рекомендуемым лекарственным средствам после выписки \*\* | I |
|  | В медицинской организации внедрен процесс выявления, сообщения и анализа потенциальных ошибок и ошибок (смотреть подпункт 3) пункта 6 настоящего Стандарта) | I |
|  | Для врачей и прочего персонала, вовлеченных в обращение с лекарственными средствами, имеется в доступе справочная информация по лекарственным средствам | I |
|  | В медицинской организации врачи, медицинские сестры и прочий персонал, вовлеченные в обращение с лекарственными средствами, обучаются по вопросам обращения с лекарственными средствами в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации \*\* | I |

 **Глава 4: Лечение и уход за пациентом**

|  |
| --- |
| **Параграф 1. Безопасность пациента** |
| 53. Идентификация пациента. Безопасность пациента повышается через процесс идентификации пациента |
|  | Руководством медицинской организации утверждается стандартная операционная процедура (далее – СОП) идентификации пациента, описывающая процесс идентификации пациента с применением не менее двух идентификаторов пациента \* | I |
|  | Пациент идентифицируется в соответствии с СОП перед каждой процедурой, операцией, инъекцией, приемом лекарственного средства, взятием биоматериала и других ситуациях | I |
|  | Идентификация пациента облегчается путем использования идентификационного браслета с двумя идентификаторами, либо через другие альтернативные способы идентификации пациента, утвержденные руководством медицинской организации | I |
|  | Идентификаторы пациента присутствуют во всех формах медицинских карт и на всех контейнерах с биоматериалом пациента | I |
|  | Процесс идентификации пациента мониторируется через индикаторы, которые применяются для повышения безопасности пациента. Индикаторы выбираются в зависимости от используемых способов идентификации пациента\*\* | I |
| 54. Эффективная передача информации. Безопасность пациентов повышается через стандартизированный процесс передачи устной и (или) телефонной информации |
| 1) | Разрабатываются и внедряются СОП приема и передачи информации устно и (или) по телефону, где прописано, что получатель информации записывает и прочитывает сообщение вслух, сообщающее лицо подтверждает правильность сообщения  | I |
| 2) | Сообщения о критических результатах лабораторных и диагностических исследований, устные назначения лекарственных средств пациенту передаются согласно СОП приема и передачи информации устно и (или) по телефону \* | I |
| 3) | Медицинская организация устанавливает список критических значений для всех лабораторных и диагностических исследований (оказываемых медицинской организацией или переданных в аутсорсинг) | I |
| 4) | Разрабатываются и внедряются СОП по передаче информации между медицинскими работниками при передаче ухода за пациентом, пациентами, лицами, осуществляющими уход за пациентом | I |
| 5) | Процесс передачи устной и (или) телефонной информации при сообщении критических результатов лабораторных и диагностических исследований и процесс передачи пациента между организациями и службами мониторируется через индикатор (-ы), которые применяются для повышения безопасности пациента \* | I |
| 55. Лекарственные средства высокого риска (лекарственные средства обладающих высоким риском развития побочного действия и нанесения значительного вреда здоровью пациента, а также лекарственные средства схожие с наименованиями либо упаковками других лекарственных средств). Безопасность пациентов повышается за счет стандартизированной маркировки и безопасного обращения с лекарственными средствами высокого риска |
|  | Разрабатывается СОП, описывающая обращение с лекарственными средствами высокого риска \*Процедура включает:маркировку лекарственных средств высокого риска; хранение лекарственных средств высокого риска;назначение и применение – если есть особенности;список лекарственных средств высокого риска;обучение персонала | I |
|  | Разрабатывается СОП, описывающая обращение с концентрированными электролитами. \*Процедура включает:маркировку концентрированных электролитов; хранение концентрированных электролитов – запрет на хранение в местах редкого использования, хранение только в местах клинической необходимости;назначение и применение – если есть особенности;список концентрированных электролитов;обучение персонала | I |
|  | Разрабатывается СОП, описывающая обращение с лекарственными средствами со схожим названием и схожей упаковкой. Процедура включает:маркировку лекарственных средств со схожим названием и схожей упаковкой; запрет на хранение лекарственных средств на одной полке или рядом, если у них созвучны названия или схожий внешний вид;назначение и применение – если есть особенности;список лекарственных средств со схожим названием и схожей упаковкой;обучение персонала \* | I |
|  | СОП, описывающие обращение с лекарственными средствами высокого риска, с концентрированными электролитами, с лекарственными средствами со схожим названием и схожей упаковкой выполняются во всей организации | I |
|  | Обращение с концентрированными электролитами, лекарственными средствами высокого риска и лекарственными средствами со схожим названием, и схожей упаковкой мониторируются через индикаторы, которые применяются для повышения безопасности пациента \*\* | I |
| 56. Хирургическая безопасность: правильный участок тела, правильная процедура и правильный пациент. Безопасность пациентов повышается за счет стандартизированной предоперационной верификации (подтверждение соответствия пациента планируемой инвазивной процедуре) и тайм-аута (проверка готовности медицинского персонала к операции или инвазивной процедуре высокого риска), чтобы обеспечить правильную процедуру на правильном участке тела правильному пациенту |
|  | В медицинской организации разрабатываются СОП, описывающие процесс маркировки места операции и (или) инвазивной процедуры высокого риска, а также процедуры предоперационной верификации и тайм-аута для обеспечения правильного участка тела, правильной процедуры и операции и идентификации пациента \* | I |
|  | Участок тела маркируется перед операцией и инвазивной процедурой высокого риска в виде единого знака, утвержденного в медицинской организации, врачом, который будет выполнять операцию (процедуру) | I |
|  | В соответствии с процедурами и формой, утвержденными руководством медицинской организации осуществляется предоперационная верификация, включающая проверку процессов:подтверждение пациентом своих идентификаторов (полное имя, дата рождения); подтверждение пациентом информированного согласия на осуществление оперативного вмешательства или процедуру высокого риска; подтверждение пациентом участка оперативного вмешательства (сторона и участок тела и (или) орган);маркировка места операции;наличие или отсутствие аллергии у пациента; проблемы дыхательных путей у пациента | I |
|  | Вся хирургическая команда участвует в процедуре тайм-аута, включающего следующие этапы:идентификация пациента;подтверждение названия оперативного вмешательства или инвазивной процедуры;подтверждение участка и стороны оперативного вмешательства или инвазивной процедуры;готовность хирургической бригады к операции. Тайм-аут документируется в медицинской карте | I |
|  | Выполнение предоперационной верификации и процедуры тайм-аута мониторируются через индикаторы, которые применяются для повышения безопасности пациента \*\* | I |
| 57. Снизить риск инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи через обработку рук. Безопасность пациентов повышается за счет комплексной программы обработки рук для предотвращения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи |
|  | Разрабатываются основанные на доказательной базе (литературе) процедуры, описывающие виды и этапы мытья рук (обработки рук), а также показания для обработки рук \* | I |
|  | Процедуры по обработке рук выполняются по всей медицинской организации  | I |
|  | Ресурсы для выполнения процедур обработки рук представлены в необходимом объеме  | I |
|  | Медицинский персонал обучаются видам, этапам и показаниям обработки рук \*\* | I |
|  | Практика обработки рук мониторируются через индикатор (-ы), которые применяются для повышения безопасности пациента \*\* | I |
| 58. Снизить риск вреда вследствие падений пациента. Безопасность повышается за счет первичной и повторной оценки риска падения у пациентов группы риска, а также за счет профилактических мероприятий и безопасной окружающей среды |
|  | Разрабатывается СОП профилактики падений, которая направлена на предотвращение падений и травм от падений. Персонал медицинской организации обучается данным СОП \* | I |
|  | Процедуры по профилактике падений имеют четкие требования к оценке риска падения  | I |
|  | Оценка и переоценка риска падения выполняются, когда это требуется и своевременно документируются в медицинской карте \*\* | I |
|  | Выполняются действия по профилактике падений, включая сопровождение пациентов с высоким риском падения и другие действия, определенные в правилах медицинской организации | I |
|  | Профилактика падений и число падений мониторируются через индикатор (-ы), которые применяются для повышения безопасности пациента \*\* | I |
| **Параграф 2. Права пациента** |
| 59. Доступ к медицинской помощи для лиц с ограниченными возможностями. Доступ к медицинской помощи облегчается для лиц с ограниченными возможностями |
|  | Вход в здание имеет пути, доступные для инвалидных колясок, поручни и перила | II |
|  | Для лиц с ограниченными возможностями являются доступными инвалидные кресла, костыли, трости  | II |
|  | Разрабатываются и утверждаются руководством медицинской организации процедуры по обеспечению сопровождения лиц с ограниченными возможностями | I |
|  | Туалеты для пациентов с ограниченными возможностями, палаты дневного стационара и другие места, определенные руководством медицинской организации, имеют кнопки вызова или другие средства вызова помощи со стороны медицинского персонала | I |
|  | Вход и коридоры здания оборудованы поручнями и перилами | I |
| 60. Процедуры по правам пациента. Медицинская организация разрабатывает и внедряет процедуры, направленные на соблюдение прав пациента в соответствии с законодательством Республики Казахстан \*\*\* |
|  | Медицинская организация разрабатывает и внедряет процедуры, направленные на соблюдение прав пациента и включает в этот процесс пациентов и их законных представителей \*\* | I |
|  | Информация о правах пациента и их законных представителях размещена на государственном и русском языках в соответствии с законодательством Республики Казахстан \*\* | II |
|  | Пациенты информируются о своих правах и солидарной ответственности за свое здоровье, которая включает информирование врача о предыдущих заболеваниях, лечении, обследованиях, а также необходимость следования рекомендациям медицинского персонала | II |
|  | Медицинская организация соблюдает права пациентов по предоставлению их законным представителям информации относительно их лечения в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации \*  | I |
|  | Весь персонал осведомлен о правах пациента и их законных представителей | II |
| 61. Доступ к получению медицинской помощи. Выявляются и снижаются риски доступности медицинской помощи (возрастные, физические, языковые, культурные и другие ограничения пациентов) и сохранности имущества пациентов |
|  | Здание медицинской организации и прилегающая к ней территория оборудованы необходимыми информационными и указательными знаками  | III |
|  | При обращении пациентов с коммуникативными проблемами (языковой барьер, глухонемые и т.д.) медицинская организация предпринимает все необходимые меры для обеспечения их надлежащей медицинской помощью | II |
|  | Медицинский персонал не ограничивает культурные или духовные предпочтения пациентов и не препятствует пациентам в доступе к духовной помощи | II |
|  | Функционирует система охраны и материальной ответственности должностных лиц медицинской организации, обеспечивающих защиту имущества пациентов от кражи и утери  | III |
|  | Организация выявляет другие ограничения в медицинском уходе и принимает меры по их снижению | II |
| 62. Приватность и конфиденциальность информации. Соблюдаются права пациента на неприкосновенность частной жизни (приватность), конфиденциальность информации, достойное и уважительное отношение к пациенту |
|  | Медицинская организация обеспечивает приватность пациента в процессе лечения и предоставления ухода | I |
|  | Конфиденциальность информации о пациенте сохраняется в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан \*\*\* | I |
|  | Медицинский персонал организации определяет потребности пациентов в приватности и конфиденциальности в процессе лечения и предоставления ухода | II |
|  | Медицинский персонал осведомлен о законодательстве Республики Казахстан, регулирующий конфиденциальность информации | I |
|  | Медицинский персонал проявляет уважительное отношение к пациенту на всех этапах лечения | II |
| 63. Обращения пациентов и их законных представителей. Обращения пациентов и их законных представителей принимаются и рассматриваются своевременно и объективно |
|  | В организации существует и используется процесс приема обращений от пациентов и их законных представителей относительно нарушения прав пациента \*\* | II |
|  | Руководством медицинской организации утверждаются процедуры по процессу сбора, приоритезации и рассмотрения обращений пациентов и их законных представителей в соответствии с законодательством Республики Казахстан \* | II  |
|  | Обращения пациентов и их законных представителей рассматриваются своевременно и объективно в течение периода времени определенного законодательством Республики Казахстан \*\*\* | II |
|  | Персоналом службы поддержки пациента и контроля качества проводится сбор, обработка, анализ и мониторинг обращений в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации. Результаты анализа используются для повышения качества медицинских услуг | I |
| 5) | Результаты анализа обращений используются для повышения качества медицинских услуг организации здравоохранения | II |
| 64. Информированное добровольное согласие пациента на медицинские услуги. Медицинской организацией внедряются процедуры получения общего информированного добровольного согласия пациента на медицинские услуги |
|  | Процесс получения информированного добровольного согласия пациента или их законного представителя определяется в процедурах, утвержденных руководством медицинской организации, в соответствии с законодательством Республики Казахстан \*\*\*  | II |
|  | Пациенты медицинской организации осведомлены о процедуре получения добровольного информированного согласия на медицинские услуги в данной медицинской организации | I  |
|  | Ответственный медицинский персонал обучен процессу получения общего информированного добровольного согласия пациента или их законного представителя на медицинские услуги, используя понятные и доступные для пациента пояснения  | II |
|  | При ознакомлении с информированным добровольным согласием пациенты или их законные представители информируются об исследованиях, процедурах и лечении, требующих отдельного специального информированного согласия | II |
|  | В информированном добровольном согласии пациента или их законного представителя дополнительно оговаривается возможность проведения фото и видеосъемки в целях безопасности или иных целях | I |
| 65. Специальное информированное добровольное согласие пациента. Медицинской организацией внедряются процедуры получения специального информированного добровольного согласия пациента на медицинские услуги перед операцией, анестезией, процедурной седацией, а также при других процедурах высокого риска |
|  | Руководством медицинской организации утверждаются процедуры, описывающие получение специального информированного добровольного согласия пациента и их законных представителей | II |
|  | Руководством медицинской организации утверждается список процедур высокого риска, требующих получение специального добровольного информированного согласия пациента в соответствии с законодательством Республики Казахстан. Список разрабатывается совместно врачами и лицами, которые оказывают процедуры и лечение высокого риска \* | I  |
|  | Ответственный медицинский персонал обучены процессу получения специального информированного добровольного согласия пациента или их законных представителей на процедуры высокого риска, используя понятное и доступное изложение | II |
|  | Информация специального информированного добровольного согласия пациента или их законных представителей на процедуры и лечение высокого риска соответствует установленным требованиям законодательства Республики Казахстан \*\*\* | I |
|  | Информированное добровольное согласие пациента оформляется и документируется в медицинской карте перед любой операцией, процедурой высокого риска, анестезией и седацией, перед участием в научном проекте или в экспериментальном лечении и в других ситуациях, определенных медицинской организацией \* | I |
| 66. Отказ от лечения. Пациент информирован о праве на отказ от предложенной медицинской помощи |
|  | Руководством медицинской организации утверждена процедура оформления отказа пациента от предложенной медицинской помощи (полностью или частично, от продолжения лечения) в соответствии с законодательством Республики Казахстан \* | II |
|  | Отказ от медицинской помощи с указанием возможных неблагоприятных последствий для здоровья оформляется записью в медицинских документах и подписывается пациентом либо его законным представителем, а также задействованным медицинским работником в соответствии с утвержденными руководством процедурами медицинской организации \* | II  |
|  | По требованию пациента организация предоставляет информацию о процессе проводимого лечения в полном объеме для возможности получения пациентом второго мнения, согласно утвержденным процедурам медицинской организации \* | III |
|  | В медицинской организации существует процесс документирования отказа пациента от определенного лечения, части лечения, инвазивной процедуры или от госпитализации | II |
|  | Медицинский персонал уважает право пациента отказаться от лечения и информирует его об альтернативных видах лечения, возможных рисках и осложнениях вследствие отказа  | I |
| 67. Научные исследования. Участие пациента в научных исследованиях или экспериментальном лечении проводится в соответствии с законодательством Республики Казахстан\*\*\* |
|  | В медицинской организации создается и работает Локальная Этическая Комиссия, которая наблюдает за проведением научных исследований с вовлечением пациента или экспериментального лечения \*\* | I |
|  | В процедурах, разработанных медицинской организацией в соответствии с законодательством Республики Казахстан определяются функции Локальной Этической Комиссии, включающие обзор научного исследования, анализ ожидаемых преимуществ и рисков для безопасности пациента и принятие решения о проведении исследования \*\*\* | I  |
|  | Руководством медицинской организации определяется лицо, осуществляющее контроль за проведением и координацией научного исследования с вовлечением пациента (главный исследователь) | III |
|  | Перед началом исследования пациентом или его законным представителем подписывается информированное согласие на участие в научном исследовании с указанием идентификации пациента, фамилии и подписи врача, даты, времени, подписи пациента или законного представителя  | III |
|  | Пациент информируется о ходе исследования и обязанностях пациента, об ожидаемых преимуществах, рисках и дискомфорте, альтернативных видах лечения, праве отказаться от участия в исследовании в любое время без страха предвзятого отношения после отказа | I |
| 68. Контроль образовательного процесса студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации. Медицинская организация осуществляет контроль за обучением студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации в соответствии с утвержденными руководством медицинской организации процедурами |
|  | Руководством медицинской организации утверждаются процедуры по осуществлению контроля студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации | II |
|  | Имеются списки студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации и документы, подтверждающие их учебный статус \*\* | I  |
|  | Для студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации, определяется уровень самостоятельности в оказании медицинской помощи (что делать под наблюдением, а что самостоятельно) \*\* | I |
|  | Медицинская организация определяет ответственных лиц для осуществления контроля образовательного процесса на базе медицинской организации | II |
|  | Студенты, слушатели резидентуры, другие лица, обучающиеся на базе медицинской организации, проходят инструктаж с целью обеспечения безопасности пациентов (гигиена рук, применение средств индивидуальной защиты) \*\* | I |
| **Параграф 3. Основы клинического ухода** |
| 69. Пациенты группы риска. Медицинская организация определяет пациентов группы риска и процедуры высокого риска (процедуры которые имеют высокую вероятность причинения вреда жизни или здоровью пациента и требуют повышенного внимания со стороны медицинского персонала и пациента) |
|  | Руководством медицинской организации определяются пациенты группы риска, которые по причине своего состояния, возрастных или физических особенностей не способны выражать свое мнение, либо существует риск резкого ухудшения состояния их здоровья за короткий промежуток времени | I |
|  | Внедряются процедуры, описывающие особенности осмотра, лечения, ухода, обращения с пациентами группы риска \* | III  |
|  | Форма осмотра пациента по необходимости дополняется информацией, важной для пациентов группы риска (модификация формы осмотра) | III |
|  | При выявлении жертв насилия организация контактирует с заинтересованными социальными, правоохранительными органами и иными организациями | III |
|  | В медицинской организации утвержден перечень процедур высокой степени риска \* | I |
| 70. Первичный осмотр пациентов. Первичный осмотр является информативным для определения потребностей пациента \* |
|  | Первичный осмотр пациента осуществляется ответственным персоналом медицинской организации в соответствии с законодательством Республики Казахстан \*\*\*  | I |
|  | Запись первичного осмотра вносится в медицинскую карту пациента в соответствии с законодательством Республики Казахстан \*\*\*  | II  |
|  | Записи в медицинской карте, включая осмотры, являются доступными персоналу медицинской организации, задействованному в лечении и уходе за пациентом  | III |
|  | Квалифицированные специалисты проводят осмотры на основе их образования, квалификации и навыков, подтвержденных документами | II |
|  | Первичный осмотр включает оценку психо-эмоционального статус пациента  | III  |
| 71. План лечения и ухода. Индивидуальный план лечения своевременно документируется и включает в себя цели или желаемые результаты лечения \* |
|  | План лечения разрабатывается индивидуально на основе первичного осмотра, предыдущих осмотров, результатов обследований | III |
|  | В разработку плана лечения вовлекается мультидисциплинарная команда (реабилитолог, врач-координатор, средний медицинский персонал по уходу и другие специалисты по необходимости) | III |
|  | План лечения по возможности включает цели или желаемые результаты лечения | II |
|  | План лечения соответствует требованиям клинических протоколов утвержденных руководством медицинской организации (смотреть пункт 10 настоящего Стандарта) | I |
|  | Листы назначения соответствуют плану лечения пациента. Пациенту назначаются необходимые консультации специалистов, исследования, лекарственная и иная терапия | II |
| 72. Повторные осмотры пациента. Состояние пациента наблюдается и документируется в динамике |
|  | Состояние пациента наблюдается и документируется в динамике с целью оценки достижения целей или желаемых результатов от плана лечения | III |
|  | Повторные осмотры пациента проводятся в соответствии с процедурами медицинской организации в зависимости от состояния пациента \* | II |
|  | План лечения обновляется в зависимости от состояния, диагноза пациента или на основе новой информации и по результатам повторных осмотров | II |
|  | Повторные осмотры пациента документируются в виде дневниковых записей врача (если применимо, также дневниковых записей медицинской сестры) с указанием состояния пациента в динамике | II |
|  | При появлении признаков ухудшения состояния пациента принимаются соответствующие меры в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации | II |
| 73. Планирование выписки. Планирование выписки осуществляется в процессе лечения \* |
|  | Планирование выписки начинается с пункта первого контакта пациента с медицинской организацией | II |
|  | Процесс планирования выписки, в соответствии утвержденными процедурами медицинской организации, осуществляется с участием пациента и (или) лиц, ухаживающих за ними.  | II |
|  | Планирование выписки включает взаимодействие с медицинскими организациями или другими учреждениями в целях содействия непрерывности медицинской помощи | II |
|  | Планирование выписки учитывает социальные, духовные и культурные потребности пациента | II |
|  | Планирование выписки документируется в медицинской карте и обновляется по мере необходимости  | II |
| 74. Выписка из медицинской карты (выписной эпикриз). Выписной эпикриз содержит ключевую информацию об оказанной медицинской помощи\*\* |
|  | Готовность пациента к выписке определяется состоянием пациента и показаниями к выписке | III |
|  | Выписной эпикриз содержит причину госпитализации, основной диагноз, сопутствующие заболевания, ключевые данные осмотров, обследований, проведенное лечение, основные принятые лекарственные средства | II |
|  | Выписной эпикриз содержит информацию о состоянии пациента на момент выписки и подробные рекомендации по дальнейшему лечению и уходу | II |
|  | Копия выписного эпикриза хранится в медицинской карте, другая копия выписного эпикриза выдается пациенту в день выписки из стационара, либо выдается медицинскому работнику, ответственному за дальнейшее лечение пациента, с обязательным ознакомлением пациента с содержанием выписного эпикриза | II |
|  | Если пациент покинул медицинскую организацию без предупреждения или против рекомендаций врача, проводится информирование пациента и (или) его законных представителей, или врача по месту жительства о рисках и последствиях  | I |
| 75. Услуги экстренной медицинской помощи являются доступными по всей организации \*  |
|  | Круглосуточно на территории медицинской организации являются доступными услуги реанимации (оказание базовой сердечно-легочной реанимации) | II |
|  | Стандартизованный набор лекарственных средств, изделий медицинского назначения и оборудования для оказания базовой сердечно-легочной реанимации поддерживается в постоянной готовности | II |
|  | Медицинской организацией внедряются процедуры, описывающие порядок оказания базовой сердечно-легочной реанимации | I |
|  | Медицинской организацией определяются лица, ответственные за проведение базовой сердечно-легочной реанимации  | I |
|  | Медицинский персонал организации здравоохранения обучается оказанию базовой сердечно-легочной реанимации | I |
| **Параграф 4. Лабораторные услуги** |
| 76. Организация лабораторной службы. Лабораторные услуги являются доступными для пациентов и соответствуют законодательным актам Республики Казахстан и профессиональным требованиям |
|  | Руководством медицинской организации определяется квалифицированное лицо, осуществляющее контроль лабораторных услуг, оказываемых пациентам медицинской организации, в том числе оказываемых субподрядными организациями по договору | II |
|  | Квалифицированными лицами проводятся и интерпретируются лабораторные исследования | I |
|  | Оказываемые лабораторные услуги соответствуют законодательству Республики Казахстан \*\*\* | II |
|  | Определенные лабораторные услуги осуществляются круглосуточно для экстренных ситуаций, возникающих во внерабочее время  | II |
|  | Лабораторные услуги, оказываемые субподрядными организациями по договору, мониторируются через индикаторы или требования, которые прописываются в договоре \*\* | I |
| 77. Временные рамки исследований. Определяются временные рамки на каждый вид лабораторного исследования \* |
|  | На каждый вид лабораторного исследования определяются временные рамки, готовности результата исследования \* | II |
|  | Результаты лабораторных исследований сообщаются своевременно | II |
|  | Ответственным лицом проводится мониторинг своевременности выполнения экстренных лабораторных исследований \*\* | I |
|  | На каждый вид лабораторного исследования определяются границы нормальных значений, которые указаны в бланке с результатом исследования и при необходимости пересматриваются | II |
|  | Медицинской организацией определяются критические (значительно отклоненные от нормы) результаты лабораторных исследований, при выявлении которых персонал лаборатории в течение 30 минут информирует врача или пост стационарного отделения (смотреть подпункты 2), 3) пункта 54 настоящего Стандарта) | II |
| 78. Обращение с биоматериалом пациента. Процессы сбора, идентификации и маркировки, транспортировки, утилизации биоматериала пациента стандартизируются \* |
|  | Медицинской организацией утверждается и выполняется процесс назначения лабораторного исследования врачом и выписывания направления в лабораторию | II |
|  | Медицинской организацией утверждается и выполняется процесс сбора биоматериала, его идентификации и маркировки | II |
|  | Медицинской организацией утверждается и выполняется процесс безопасной транспортировки, обращения с биоматериалом пациента | I |
|  | Медицинской организацией утверждается и выполняется процесс приема лабораторией, регистрации, отслеживания и хранения биоматериала пациента | II |
|  | Вышеуказанные требования выполняются субподрядными организациями, выполняющими лабораторные исследования для пациентов организации | II |
| 79. Лабораторная безопасность. Внедряется и выполняется программа лабораторной безопасности, взаимосвязанная с инфекционным контролем и безопасностью здания \*  |
|  | Весь персонал лаборатории обучается основам лабораторной безопасности при трудоустройстве \*\* | II |
|  | Весь персонал лаборатории обучается основам лабораторной безопасности при получении нового оборудования или изменении методов работы \*\* | II |
|  | В рабочих зонах лаборатории выполняются требования программы лабораторной безопасности по запрету на прием пищи, жидкости, курению, применению косметики, прикосновению к контактным линзам или к губам | I |
|  | Инциденты, связанные с безопасностью (например, укол иглой, контакт с биоматериалом), сообщаются ответственным лицам и по ним принимаются корректирующие меры, в соответствии с утвержденными процедурами (смотреть подпункт 2) пункта 9; подпункт 5) пункта 26 и подпункт 5) пункта 43 настоящего Стандарта) | II |
|  | Один раз в год лицо, осуществляющее контроль лабораторных услуг, выступает с отчетом по лабораторной безопасности на заседании Комиссии по безопасности здания | II |
| 80. Контроль качества в лаборатории. Проводится внутренний и внешний контроль качества лабораторных услуг |
|  | Медицинской организацией проводится внутренний контроль качества лабораторных услуг через оборудование или вручную путем выборочной перепроверки результатов исследований | II |
|  | Внутренний контроль качества проводится в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации и не требует документации, если выполняется автоматически на оборудовании | III |
|  | Проводится внешний контроль качества лабораторных услуг в соответствии с законодательством Республики Казахстан (через референс-лабораторию или выборочную перепроверку биоматериала) \*\*\*  | II |
|  | Внешний контроль качества проводится один раз в год и подтверждается документально \*\* | I |
|  | При неудовлетворительном результате внутреннего или внешнего контроля качества проводятся корректирующие мероприятия в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации | II |
| 81. Лабораторное оборудование. Лабораторное оборудование поддерживается в рабочем состоянии  |
|  | Лабораторное оборудование тестируется, поддерживается, калибруется, и эти действия документируются \*\* | III |
|  | Лабораторное оборудование обслуживается в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации \* | III |
|  | Весь персонал обучается работе с оборудованием, с которым они работают \*\* | III |
|  | Если лабораторное оборудование находится вне лаборатории и им пользуется персонал клинических отделений, то они обучаются работе с оборудованием в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации \*\* | II |
|  | Ежеквартально руководителем или персоналом лаборатории проверяются все единицы лабораторного оборудования, которое находится вне лаборатории \*\* | I |
| **Параграф 5. Служба лучевой диагностики** |
| 82. Организация службы лучевой диагностики. Услуги лучевой диагностики удовлетворяют нужды пациентов и соответствуют законодательству Республики Казахстан \*\*\* |
|  | Руководством медицинской организации определяется квалифицированное лицо, осуществляющее контроль лучевой диагностики, оказываемой пациентам медицинской организации | III |
|  | Квалифицированные лица проводят радиологические, ультразвуковые и другие виды исследований лучевой диагностики | III |
|  | Квалифицированные лица интерпретируют радиологические, ультразвуковые и другие виды исследований лучевой диагностике | III |
|  | Оказываемые услуги лучевой диагностики соответствуют законодательству Республики Казахстан \*\*\* | II |
|  | Услуги лучевой диагностики, оказываемые субподрядными организациями, прописываются в договоре. В соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации данные услуги мониторируются \*\*  | I |
| 83. Временные рамки исследований в лучевой диагностике. Определяются временные рамки на каждый вид исследования в лучевой диагностике \* |
|  | На каждый вид радиологического исследования (рентген, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография) определяются временные рамки (сроки) готовности заключения по обследованию | II |
|  | В медицинской организации заключение радиологических исследований готовится своевременно | II |
|  | Проводится мониторинг своевременности выполнения экстренных радиологических исследований | I |
|  | Во внерабочее время снимок или диск с радиологическим исследованием выдается дежурному или лечащему врачу без заключения при условии, что врач имеет привилегию по интерпретации исследования | II |
|  | Определяются критические (значительно отклоненные от нормы) результаты радиологических исследований, при выявлении которых медицинский персонал информирует врача или ответственных лиц (смотреть подпункты 1), 3) пункта 54 настоящего Стандарта) | I |
| 84. Радиационная безопасность. Внедряется и выполняется программа радиационной безопасности, взаимосвязанная с инфекционным контролем и безопасностью здания \* |
|  | Персонал отделения лучевой диагностики защищается от радиации через ношение рентген-защитной одежды, использование защитных устройств, ношение индивидуальных дозиметров | II |
|  | Персонал радиологической службы обучается основам радиационной безопасности при трудоустройстве, получении нового оборудования, изменении методов работы и по мере необходимости в соответствии с утвержденными процедурами \*\* | I |
|  | Программа радиационной безопасности включает проверку защитных свойств всей рентген-защитной одежды каждые два года, проверку фона радиации в помещении один раз в год и ежеквартальный контроль индивидуальных дозиметров \*\* | I |
|  | Инциденты, связанные с безопасностью или несоблюдением радиационной безопасности, сообщаются и по результатам работы с инцидентами принимаются корректирующие меры (смотреть подпункт 4) пункта 9; подпункт 5) пункта 26; подпункт 5) пункта 42 настоящего Стандарта) | II |
|  | Ежегодно лицо, осуществляющее контроль радиационной безопасности, выступает с отчетом по радиационной безопасности на заседании Комиссии по безопасности здания | II |
| 85. Радиологическое оборудование. Радиологическое оборудование поддерживается в рабочем состоянии |
|  | Все оборудование по лучевой диагностике (рентген, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование и другие) инспектируется, поддерживается и калибруется (смотреть пункт 43 настоящего Стандарта) | II |
|  | Действия по инспектированию, поддержке и калибровке оборудования по лучевой диагностике документируются \*\* | II |
| 1. 3
 | Оборудование по лучевой диагностике обслуживается в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации | III |
| 1. 4
 | Ведется список всего оборудования по лучевой диагностике | III |
|  | Требования к технической спецификации и характеристикам закупаемого оборудования по лучевой диагностике определяются специалистом по лучевой диагностике  | II |
| 86. Контроль качества в радиологии. Проводится внутренний и внешний контроль качества радиологических исследований |
|  | Внутренний контроль качества проводится ежедневно и не требует документации, если выполняется автоматически на оборудовании | II |
|  | Ежегодно проводится внешний контроль качества путем выборочной перепроверки заключения внешним экспертом («второе чтение») \*\* | II |
|  | Существует список внешних экспертов с контактными данными, к которым обращается организация при сомнительном, сложном случае («второе чтение») \*\* | II |
|  | Знания, квалификация внешних экспертов подтверждается документально | II |
|  | При неудовлетворительных данных контроля качества принимаются меры по улучшению работы в радиологии  | II |

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

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

Стандарт или критерий, основанный на нормативных правовых актах и правовых актах Республики Казахстан, обозначается знаком \*\*\*