|  |
| --- |
| Приложение 3 к приказу Министра здравоохраненияРеспублики Казахстанот «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_года №\_\_\_\_\_Приложение 3к приказу Министра здравоохраненияРеспублики Казахстанот 02 октября 2012 года № 676 |

**Стандарты аккредитации медицинских организаций**

**скорой медицинской помощи и санитарной авиации**

 **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 |
| 1) | Структура и функции Органа управления, включая делегированные первому руководителю (-ям) медицинской организации полномочия, прописаны в Уставе (Положении) медицинской организации \*\* | III |
| 2) | Члены Органа управления медицинской организации избираются в соответствии с законодательством Республики Казахстан \*\*\* | III |
| 3) | Органом управления утверждены критерии и ежегодно проводится оценка работы первого руководителя (-лей) медицинской организации | III |
| 4) | 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 |
| 5) | 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 |
| 1) | 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 |
| 2) | Стратегический план медицинской организации разрабатывается с участием представителей структурных подразделений медицинской организации и согласуется Органом управления \*\* | II |
| 3) | На основании стратегического плана разрабатывается и утверждается годовой план медицинской организации \*\* | II |
| 4) | Руководство ежеквартально проводит мониторинг выполнения мероприятий годового плана организации (планов работы подразделений) и данных по индикаторам \*\* | II |
| 5) | 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 |
| 1) | Миссия и видение медицинской организации являются доступными для её персонала и населения | III |
| 2) | Медицинская организация действует в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан и своевременно реагирует на результаты проверок уполномоченных органов \*\*\* | III |
| 3) | Для каждого структурного подразделения утверждается положение о подразделении с описанием основных функций и списком оказываемых услуг \* | III |
| 4) | Руководители структурных подразделений отчитываются перед руководством медицинской организации о выполнении поставленных задач и достижении желаемых результатов по индикаторам (смотреть подпункты 1) и 2) пункта 8 настоящего Стандарта) \*\* | II |
| 5) | Руководство медицинской организации проводит системную, плановую работу по предупреждению рисков (смотреть подпункты 1) и 4), 5) пункта 9 настоящего Стандарта) | I |
| 4. Организационная структура. Организационная структура соответствует миссии и деятельности организации |
| 1) | Организационная структура представляется в виде схемы, утверждается руководством медицинской организации и доводится до сведения персонала организации \*\* | III |
| 2) | В организационной структуре указывается должностное лицо, осуществляющее общее руководство медицинской организацией, и должностное лицо, осуществляющее контроль лечебно-профилактической деятельности | III |
| 3) | 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 |
| 4) | В организационной структуре указывается должностное лицо, осуществляющее контроль эффективного управления финансовыми ресурсами | III |
| 5) | 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 |
| 1) | В медицинской организации определяются этические нормы, которыми она руководствуется в своей деятельности, в том числе при принятии решений и определении правил поведения персонала | III |
| 2) | Этический кодекс медицинской организации разрабатывается с участием представителей структурных подразделений медицинской организации и утверждается руководством \* | III |
| 3) | В медицинской организации создана Этическая комиссия для рассмотрения этических вопросов, возникающих при оказании медицинской помощи \*\* | II |
| 4) | 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 |
| 5) | 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 |
| 1) | Руководители и персонал медицинской организации обучены определениям: «культура безопасности», «инцидент», «потенциальная ошибка», «ошибка», «экстремальное событие», а также правилам оповещения и расследования инцидентов \*\* | I |
| 2) | В медицинской организации внедрен процесс обеспечения страхования (гарантирования) профессиональной ответственности медицинских работников, выполняющих процедуры высокого риска (с высоким риском судебных исков) \*\* | I |
| 3) | В медицинской организации определены должностные лица, ответственные за выявление, документирование и мониторинг инцидентов | I |
| 4) | Внедрен процесс регистрации и оповещения об инцидентах в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации \* | I |
| 5) | 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 |
| 1) | 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 |
| 2) | 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 |
| 3) | В документе по непрерывному улучшению качества медицинских услуг дается определение термина «экстремальное событие» | II |
| 4) | Экстремальное событие подлежит обязательному расследованию и о его результатах информируются руководство медицинской организации, заинтересованный (-ые) пациент (-ы), а также Орган управления медицинской организации (в квартальном отчете с указанием принятых мер) (смотреть подпункт 4) пункта 1 настоящего Стандарта) \*\* | II |
| 5) | 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 настоящего Стандарта) | I |
| 8. Непрерывное повышение качества. В медицинской организации внедряется программа непрерывного повышения качества медицинских услуг и безопасности пациента |
| 1) | 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 |
| 2) | Индикаторы структурных подразделений измеримы: разрабатываются формулы расчета (с определенным числителем и знаменателем, если применимо), определяется желаемые пороговые значения; проводится сбор данных и анализ индикаторов \*\* | I |
| 3) | Проводится клинический аудит медицинской документации согласно утвержденным внутренним процедурам медицинской организации, соответствующим требованиям законодательством Республики Казахстан \*Результаты клинического аудита используются при разработке мер по повышению качества медицинских услуг \* | I |
| 4) | Проводится анкетирование удовлетворенности пациентов в соответствии с законодательством Республики Казахстан. Результаты анкетирования учитываются при разработке мер по повышению качества медицинских услуг \* | I |
| 5) | 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  |
| 1) | 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 |
| 2) | 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 |
| 3) | 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 |
| 4) | Медицинская организация проводит непрерывную оценку рисков. Источники информации о рисках: инциденты, медицинский персонал, наблюдения, обзор документации, пациенты и их законные представители \*\* | I |
| 5) | 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 |
| 1) | Руководством медицинской организации проводится мониторинг внедрения и применения клинических протоколов  | III |
| 2) | В медицинской организации определены ответственные лица по мониторингу внедрения и применения клинических протоколов  | I |
| 3) | Мероприятия по мониторингу внедрения клинических протоколов осуществляется в рамках плановых мероприятий внутренней экспертизы в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан | III |
| 4) | Проводится клинический аудит путем ретроспективного и (или) текущего анализа медицинских карт на предмет их соответствия требованиям клинических протоколов основанных на доказательной медицине | I |
| 5) | 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 |
| 1) | 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 |
| 2) | Медицинская организация информирует население о качестве оказываемых медицинских услуг (индикатор «удовлетворенность пациента» и другие) \*\* | III |
| 3) | Медицинская организация постоянно поддерживает обратную связь с населением по оказываемым медицинским услугам через средства коммуникации (веб-сайт, социальные сети, телефон, call-центр) | III |
| 4) | Медицинская организация участвует в программах по обучению населения здоровому образу жизни и профилактике заболеваний \*\* | III |
| 5) | 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  |
| 1) | Бюджет медицинской организации соответствует поставленным задачам стратегического и операционного (годового) планов работы (смотреть подпункты 2) и 3) пункта 2 настоящего Стандарта) | II |
| 2) | Бюджет организации составляется на основании заявок руководителей подразделений | III |
| 3) | 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 |
| 4) | 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 |
| 1) | Существует система или процесс внутреннего финансового контроля | II |
| 2) | Внешний государственный аудит и внешний аудит медицинской организации проводится в соответствии с законодательством Республики Казахстан \*\*\* | III |
| 3) | 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 |
| 4) | Прибыли, убытки и расходы на медицинские услуги регулярно отслеживаются в сравнении с бюджетами и предоставляются первому руководителю в виде ежеквартальных финансовых отчетов \*\*  | III |
| 5) | 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  |
| 1) | Оплата труда персонала медицинской организации осуществляется на основании утвержденного положения, согласованного с Органом управления (далее – Положение) \* | III |
| 2) | 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 |
| 3) | При дифференцированной оплате труда периодически проводится определение производительности работников на основании утвержденных индикаторов \*\* | III |
| 4) | Оплата труда персоналу, перечисления в пенсионный фонд и другие обязательные отчисления осуществляются своевременно \*\* | III |
| 5) | Оплата труда персоналу осуществляется на основе утвержденной медицинской организацией организационной структуры, штатного расписания \*\* | II |
| 15. Информационное управление. Создаются надлежащие условия для эффективного управления данными |
| 1) | 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 |
| 2) | Руководство обеспечивает доступ медицинских работников к сети интернет для своевременного получения и обмена информацией, необходимой в работе | III |
| 3) | Руководство медицинской организации обеспечивает доступность действующих нормативных правовых актов и правовых актов Республики Казахстан персоналу организации | III |
| 4) | Руководство медицинской организации создает условия для внедрения и использования медицинской информационной системы | III |
| 5) | Медицинская организация утверждает процедуры управления документацией в соответствии с законодательством Республики Казахстан \*\*\* | II |
| 16. Защита информации. Медицинская организация обеспечивает конфиденциальность, безопасность и целостность информации |
| 1) | В медицинской организации определены уровни доступа персонала к конфиденциальной информации \* | II |
| 2) | Информация на бумажном и электронном носителях защищается от повреждения, утери и неавторизированного доступа (несанкционированное проникновение в автоматизированную информационную систему) \* | II |
| 3) | В соответствии с законодательством Республики Казахстан в медицинской организации обеспечивается конфиденциальность информации о пациенте \*\*\* | I |
| 4) | Персонал обучается правилам по защите и неразглашению конфиденциальной информации  | III |
| 5) | 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 |
| 1) | Утвержден порядок разработки, согласования, утверждения и оформления, пересмотра процедур организации \* | III |
| 2) | Составляется и обновляется список всех действующих внутренних процедур организации \*\* | III |
| 3) | Руководство организации обеспечивает доступность для персонала информации о действующих процедурах организации  | III |
| 4) | Проводится обучение персонала медицинской организации по утвержденным процедурам организации | III |
| 5) | 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  |
| 1) | В медицинских картах применяются формы медицинской документации согласно законодательству Республики Казахстан и лучшей мировой практики \*\*\* | III |
| 2) | Содержание медицинской карты стандартизируется в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации. Каждая запись в медицинской карте подписывается автором с указанием даты и времени \* | I |
| 3) | Все проведенные лечебные мероприятия и медикаментозная терапия своевременно документируются в медицинской карте пациента \* | I |
| 4) | В медицинских картах используются аббревиатуры, символы из списка, утвержденного руководством медицинской организации. Записи в медицинских картах написаны и оформлены разборчиво \* | III |
| 5) | 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  |
| 1) | Утверждена процедура проверки достоверности публикуемых и предоставляемых во внешние организации данных \*\* | III |
| 2) | Ответственные лица, выполняющие проверку достоверности данных, обучены, имеют достаточный опыт и компетенцию \*\* | III |
| 3) | При мониторинге новых индикаторов проводится проверка достоверности полученных данных вторым лицом \* | III |
| 4) | 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 |
| 5) | 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 |
| 1) | Штатное расписание медицинской организации утверждается руководством медицинской организации в соответствии с законодательством Республики Казахстан \*\*\* | II |
| 2) | Штатное расписание соответствует организационной структуре и деятельности медицинской организации | III |
| 3) | В медицинской организации утверждаются квалификационные требования к должностям в соответствии с законодательством Республики Казахстан \*\*\*  | II |
| 4) | 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 |
| 5) | 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 |
| 1) | Процедуры по поиску, инструктажу (ориентации) и адаптации персонала разрабатываются в соответствии с законодательством Республики Казахстан и внедряются в медицинской организации \*\*\* | III |
| 2) | Персонал медицинской организации соответствует квалификационным требованиям должностной инструкции к занимаемой должности. Копия подписанной персоналом должностной инструкции имеется в кадровой службе | III |
| 3) | Руководители создают условия для непрерывного обучения персонала медицинской организации (доступ в интернет, компьютеры, тренинговый класс, библиотека) | III |
| 4) | Определяются потребности персонала в обучении. Обучение проводится на базе или вне медицинской организации  | III |
| 5) | Руководством разрабатываются и внедряются процедуры для мотивации персонала медицинской организации и укрепления корпоративного духа (смотреть подпункт 2) пункта 6 настоящего Стандарта) | II |
| 22. Личное дело персонала. Руководством медицинской организации установлен процесс формирования, хранения и обновления личных дел персонала  |
| 1) | Личные дела персонала медицинской организации хранятся в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан. Содержание личных дел персонала медицинской организации стандартизировано | II |
| 2) | Личные дела медицинского персонала, включая внештатных работников, совместителей, консультантов, слушателей резидентуры содержат сертификат специалиста, сведения об образовании, трудовом стаже и квалификации персонала | I |
| 3) | Личное дело каждого медицинского работника содержит доказательство проверки подлинности у первоисточника документов об образовании работника, в соответствии с требованиями должностной инструкции  | I |
| 4) | Личное дело каждого медицинского работника содержит результаты оценки деятельности персонала, проводимые один раз в год | II |
| 5) | Личное дело каждого медицинского работника содержит записи о проведении обучения на базе медицинской организации и вне организации | III |
| 23. Инструктаж. Медицинская организация проводит инструктаж каждого работника для ознакомления с организацией |
| 1) | В медицинской организации разрабатываются и используются учебные материалы (письменные и (или) видеоматериалы) для проведения инструктажа | III |
| 2) | 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 |
| 3) | Инструктаж персонала включает противопожарную безопасность, готовность к чрезвычайным ситуациям и соблюдение правил техники безопасности на рабочем месте | III |
| 4) | Инструктаж персонала включает вопросы инфекционного контроля и требования по безопасной работе с медицинским оборудованием | III |
| 5) | 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 |
| 1) | 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 |
| 2) | При трудоустройстве проводится оценка навыков среднего медицинского персонала и утверждаются персональные списки компетенций в соответствии с процедурами медицинской организации | III |
| 3) | При трудоустройстве проводится оценка навыков персонала параклинических структурных подразделений медицинской организации (провизоры и фармацевты, инструкторы и другие)  | II |
| 4) | 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 |
| 5) | 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 |
| 1) | 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 |
| 2) | 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 |
| 3) | Заполненная форма оценки персонала хранится в личном деле. Персонал организации ознакомлен с результатами оценки его работы | III |
| 4) | На основании результатов оценки определяется соответствие персонала занимаемой должности согласно требованиям законодательством Республики Казахстан \*\*\*  | III |
| 5) | Проводится оценка профессиональных компетенций персонала (смотреть подпункты 4) и 5) пункта 24 настоящего Стандарта) | II |
| 26. Здоровье и безопасность персонала. Здоровье и безопасность персонала медицинской организации поддерживаются в соответствии с законодательством Республики Казахстан \*\*\* |
| 1) | Медицинская организация предоставляет (или обеспечивает) персоналу идентификационные бейджи, необходимую защитную одежду, средства индивидуальной защиты и защитное оборудование (включая средства для радиационной безопасности)  | I |
| 2) | Медицинская организация проводит оценку безопасности рабочих мест в соответствии с законодательством Республики Казахстан \*\*\* | III |
| 3) | Медицинская организация проводит мониторинг рабочей нагрузки, оказывает психологическую поддержку персонала для минимизации стресса и его контроля (антистрессовая комната, комната духовного уединения и другие) \* | II |
| 4) | Медицинская организация создает условия и проводит мероприятия для персонала по продвижению здорового образа жизни (спортивные мероприятия, мероприятия направленные против табакокурения и другие) \*\* | I |
| 5) | 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 |
| 1) | 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 |
| 2) | Личное дело внештатного персонала содержит доказательство проверки подлинности у первоисточника документов об образовании (смотреть подпункт 2) пункта 21 настоящего Стандарта) \*\* | III |
| 3) | 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 |
| 4) | Один раз в год проводится оценка качества работы внештатного персонала, результаты оценки хранятся в личном деле (смотреть пункт 25 настоящего Стандарта) \*\* | III |
| 5) | 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 |
| 1) | Руководителем медицинской организации определяются ответственные лица по курации договоров о закупке товаров или услуг для медицинской организации | II |
| 2) | В каждом договоре прописываются требования к поставщикам, объему и качеству предоставляемых услуг или товаров \*\* | I |
| 3) | В каждом договоре прописываются индикаторы, на основании которых медицинская организация проводит мониторинг договора и оценку качества услуг или товаров поставщика \*\* | II |
| 4) | Результаты мониторинга договоров на основе установленных индикаторов доводятся до сведения руководства медицинской организации (смотреть подпункт 1) пункта 28 настоящего Стандарта) \*\* | II |
| 5) | 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 |
| 1) | Медицинская организация проводит анализ результатов инфекционного контроля и эпидемиологической обстановки за год, включающий оценку рисков \*\* | I |
| 2) | На основании оценки 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 |
| 3) | 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 |
| 4) | Комиссия по инфекционному контролю проводит анализ данных по внутрибольничным инфекциям и на их основании принимает меры для повышения инфекционной безопасности пациента \*\* | II |
| 5) | 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 |
| 1) | Программа по инфекционному контролю разрабатывается и внедряется в соответствии с законодательством Республики Казахстан \*\*\* | III |
| 2) | При разработке программы по инфекционному контролю учитываются рекомендации ВОЗ или других профессионально признанных источников, основанных на доказательной медицине \* | III |
| 3) | Результаты инфекционного контроля своевременно предоставляются в территориальные департаменты Комитета охраны общественного здоровья уполномоченного органа в области здравоохранения в соответствии с законодательством Республики Казахстан \*\*\* | III |
| 4) | Руководство предоставляет необходимые ресурсы для эффективного выполнения программы инфекционного контроля | II |
| 5) | 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 |
| 1) | В медицинской организации внедряются алгоритмы по универсальным мерам предосторожности применению средств индивидуальной защиты \* | II |
| 2) | Процедуры и алгоритмы медицинской организации в области инфекционного контроля разрабатываются в соответствии с законодательством Республики Казахстан \* | II |
| 3) | В медицинской организации в наличии имеется достаточное количество средств индивидуальной защиты (смотреть подпункт 5) пункта 30 настоящего Стандарта) | II |
| 4) | 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 |
| 5) | 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 \*\*\* |
| 1) | Персонал медицинской организации соблюдает требования законодательства в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Республике Казахстан по чистке (уборке), дезинфекции помещений и поверхностей  | I |
| 2) | Одноразовые изделия утилизируются (исключается повторное использование) после использования в соответствии с утвержденными процедурами организации и требованиями законодательства Республики Казахстан \* | I |
| 3) | 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 |
| 4) | Качество предстерилизационной очистки и стерилизации мониторируется с применением химических и (или) биологических индикаторов \*\* | I |
| 5) | 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 |
| 1) | 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 |
| 2) | Помещение для централизованного сбора опасных медицинских отходов соответствует требованиям законодательства Республики Казахстан (используются закрытые мусорные контейнеры, достаточная вентиляция воздуха, соблюдается температурный режим) | I |
| 3) | 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 |
| 4) | Остатки и компоненты крови, биологические жидкости, ткани организма хранятся и утилизируются с минимизацией риска инфицирования в маркированных контейнерах, согласно классификации отходов, с соблюдением температурного режима и сроков временного хранения  | I |
| 5) | Медицинский персонал обучается процедурам по обращению с опасными медицинскими отходами и соблюдает их на практике \*\* | I |
| 34. Обучение персонала по инфекционному контролю. Медицинская организация проводит непрерывное обучение персонала по инфекционному контролю |
| 1) | Ежегодно врачебный персонал медицинской организации проходит обучение по вопросам инфекционного контроля \*\* | II |
| 2) | Ежегодно средний персонал медицинской организации проходит обучение по вопросам инфекционного контроля \*\* | II |
| 3) | Установлено ответственный персонал организации за проведение обучения по вопросам инфекционного контроля \* | III |
| 4) | Знания персонала медицинской организации по инфекционному контролю тестируются ежегодно \*\* | III |
| 5) | Дополнительное обучение по инфекционному контролю проводится для студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации \*\* | III |
| **Параграф 2. Безопасность здания** |
| 35. Комиссия по безопасности зданий. В медицинской организации внедряется Программа по безопасности зданий, выполнение которой координирует Комиссия по безопасности зданий |
| 1) | Создается и работает Комиссия по безопасности зданий, которая координирует действия по поддержанию безопасности зданий и окружающей среды \*\* | III |
| 2) | 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 |
| 3) | Программа по безопасности зданий пересматривается ежегодно с определением приоритетных на каждый год направлений работы \* | III |
| 4) | 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 |
| 5) | 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 |
| 36. Безопасность окружающей среды. Здание (-я) и территория медицинской организации являются безопасными и комфортными для персонала и пациентов \* |
| 1) | Состояние здания (-й) и территории медицинской организации соответствуют требованиям законодательства Республики Казахстан \*\*\* | I |
| 2) | Случаи производственного травматизма и другие подлежащие отчетности сведения сообщаются в уполномоченные органы | I |
| 3) | Комиссия по безопасности зданий ежеквартально инспектирует (тестирует) здания и помещения, инженерные системы и оборудование с последующим документированием результатов проведенной инспекции | III |
| 4) | Здания и помещения, инженерные системы, оборудование и прочие предметы регулярно обновляются и поддерживаются на безопасном уровне | III |
| 5) | 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 |
| 37. Охрана и защита. Обеспечивается охрана и защита здания и территории медицинской организации  |
| 1) | 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 |
| 2) | Сотрудниками охранной службы проводится мониторинг (видеонаблюдение и обход) здания и территории с целью охраны и защиты  | II |
| 3) | Документируется обход (инспекция) здания и передача дежурств между сотрудниками охранной службы \*\* | III |
| 4) | Ограничивается вход посторонних лиц в помещение и режимные отделения (зоны контроля инженерных, коммунальных систем и другие) | I |
| 5) | Сотрудники охранной службы обучаются действиям при чрезвычайных ситуациях (при кодах по безопасности), а также оказанию первой помощи \*\* | II |
| 38. Пожарная безопасность. Внедряется программа по снижению пожарного риска и задымления \* |
| 1) | Функционирует система раннего выявления пожара, в наличии исправные средства для пожаротушения, которые регулярно инспектируются и при необходимости обновляются  | II |
| 2) | Инспекция, тестирование и поддержание средств и систем для раннего выявления и тушения пожара документируется \*\* | I |
| 3) | 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 |
| 4) | Для ограничения распространения дыма и огня устанавливаются противопожарные двери, используются огнеупорные материалы, минимизируется использование возгораемых материалов | II |
| 5) | С персоналом медицинской организации ежегодно проводятся практические учения по действиям при пожаре и задымлении (смотреть подпункт 2) пункта 47 настоящего Стандарта) \*\* | II |
| 39. Другие чрезвычайные ситуации. Внедряется программа по снижению риска прочих чрезвычайных ситуаций \*  |
| 1) | 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 |
| 2) | На основе оценки рисков по чрезвычайным ситуациям в годовом плане мероприятий определяются приоритетные направления работы \*\* | III |
| 3) | Выделяются ресурсы для улучшения готовности организации к чрезвычайным ситуациям  | III |
| 4) | 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 пункт 44 настоящего Стандарта) \*\* | III |
| 5) | 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 |
| 40. Опасные материалы и отходы. Обращение с опасными материалами и отходами осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан, обеспечивается безопасность людей и окружающей среды \*\*\* |
| 1) | Определяется список всех опасных материалов и отходов (включая огнеопасные материалы) 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 |
| 2) | Прописываются требования к обращению с опасными материалами, включая их маркировку, хранение, ношение защитных средств при работе, транспортировке, утилизации \* | II |
| 3) | Все опасные материалы и отходы маркируются с указанием названия (состава), срока годности и применимых предупреждающих знаков | II |
| 4) | В местах применения опасных материалов имеется доступная информация по мерам предосторожности и алгоритмам оказания первой медицинской помощи | I |
| 5) | Медицинский персонал обучается действиям при разлитии опасного материала, включая быстрый сбор (обеззараживание) и сообщение об инциденте ответственным должностным лицам | I |
| 41. Медицинское оборудование. Безопасность медицинского оборудования обеспечивается путем тестирования, калибровки, поддержания в рабочем состоянии и обучения персонала |
| 1) | Внедряется программа по обеспечению безопасности медицинского оборудования (смотреть подпункт 2) пункта 35 настоящего Стандарта) \* | III |
| 2) | Определяется список и ведется учет всего медицинского оборудования | III |
| 3) | 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 организации; график профилактического обслуживания оборудования составляется ежегодно \*\* | I |
| 4) | 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 |
| 5) | Внедряется система оповещения пользователей и принятия мер при отзыве, поломке и прочих случаях, связанных с медицинским оборудованием (например, риск возгорания) \* | I |
| 42. Коммунальные системы. Коммунальные и инженерные системы в медицинской организации соответствуют требованиям законодательства Республики Казахстан \*\*\* |
| 1) | Руководством медицинской организации определяется порядок и частота инспекций, тестирования и поддержания коммунальных и инженерных систем \* | III |
| 2) | Функционирование коммунальных и инженерных систем контролируется, поддерживается и улучшается | III |
| 3) | Проводится мониторинг системы вентиляции с документированием результатов проведенного мониторинга | III |
| 4) | Для предупреждения пылевого загрязнения в системе вентиляции устанавливаются фильтры, которые меняются с частотой согласно рекомендации производителя  | III |
| 5) | Коммунальные и инженерные системы маркируются для облегчения частичного или полного отключения при чрезвычайных ситуациях | I |
| 43. Вода и электричество. В медицинской организации обеспечивается непрерывный доступ к воде и электричеству, включая их альтернативные источники |
| 1) | В медицинской организации электричество являются доступным круглосуточно в любое время года | III |
| 2) | В медицинской организации питьевая вода является доступной круглосуточно в любое время года | III |
| 3) | В медицинской организации определяются зоны и услуги, для которых наиболее важно водоснабжение и электроснабжение из альтернативных источников \*\* | III |
| 4) | Альтернативные источники водоснабжения тестируются ежеквартально \*\* | II |
| 5) | Альтернативные источники электроснабжения тестируются ежеквартально, имеется необходимый запас топлива для выработки электричества из альтернативного источника \*\* | III |
| 44. Обучение персонала по безопасности зданий. Проводится обучение, тестирование знаний персонала медицинской организации для поддержания безопасности зданий и окружающей среды  |
| 1) | Персонал обучается правилам обращения с опасными материалами | II |
| 2) | Персонал обучается действиям при пожаре, включая сообщение о пожаре, навыкам применения огнетушителей и эвакуации пациентов | II |
| 3) | Персонал обучается работе с оборудованием и коммунальными (инженерными) системами, включая действия при чрезвычайных ситуациях (смотреть подпункты 4) пункта 44 настоящего Стандарта) | II |
| 4) | 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 |
| 5) | 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** |
| 45. Управление лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения. В медицинской организации обеспечивается безопасное обращение с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в организации |
| 1) | Обращение с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан \*\*\* | II |
| 2) | 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 |
| 3) | 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 |
| 4) | Разрабатываются и внедряются процедуры, описывающие каждый этап управления лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения: планирование и закуп; хранение; назначение; приготовление или разведение; введение лекарственных средств пациенту; мониторинг эффекта лекарственных средств \* | I |
| 5) | Создается и функционирует формулярная комиссия, рассматривающая вопросы управления лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, включая утверждение формулярного списка \*\* | I |
| 46. Хранение лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Лекарственные средства и изделия медицинского назначения хранятся безопасно и надлежащим образом |
| 1) | Все лекарственные средства и изделия медицинского назначения хранятся с указанием названия (содержания), срока годности в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан \*\* | II |
| 2) | Лекарственные средства и изделия медицинского назначения хранятся с соблюдением температурного режима, влажности и прочих условий, в соответствии с требованиями к их хранению | II |
| 3) | Наркотические и другие лекарственные средства, подлежащие строгому учету и контролю, хранятся в соответствии с законодательством Республики Казахстан \*\*\* | II |
| 4) | Внутренние правила медицинской организации обеспечивают сохранность лекарственных средств и изделий медицинского назначения от утери и кражи | II |
| 5) | Персоналом аптеки / утвержденным должностным лицом 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 |
| 47. 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 |
| 1) | Руководством медицинской организации утверждается и контролируется соблюдение порядка выявления и уничтожения лекарственных средств и изделий медицинского назначения с истекшим сроком годности \*  | I |
| 2) | Руководством медицинской организации утверждается и контролируется соблюдение порядка выявления и уничтожения лекарственных средств содержащих наркотические средства, психотропные вещества и прекурсоры с истекшим сроком годности \* | I |
| 3) | 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 |
| 4) | Руководством медицинской организации утверждается и контролируется порядок отзыва лекарственных средств и изделий медицинского назначения в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации \* | I |
| 5) | Руководством медицинской организации утверждается и контролируется порядок обращения с опасными лекарственными средствами \* | I |
| 48. Назначение лекарственных средств. Прописывается процесс назначения лекарственных средств и проверки назначений лекарственных средств |
| 1) | Утверждены требования к назначению лекарственных средств, включая обязательную информацию в медицинских картах: идентификация пациента; название лекарственных средств (международное непатентованное или торговое наименование); доза; путь введения \* | I |
| 2) | В медицинской организации разработана и утверждена руководством организации процедура контроля правильности заполнения листов врачебных назначений или рецептов \* | I |
| 3) | Разрабатываются и утверждаются руководством медицинской организации процедуры, применяемые при устном назначении лекарственных средств в экстренных ситуациях \* | I |
| 4) | Проводится проверка назначений лекарственных средств в текущих медицинских картах для выяснения обоснованности и полноты назначения | I |
| 5) | Проводится выборочный клинический аудит медицинских карт на предмет соблюдения процедур организации и безопасности пациента \*\* | I |
| 49. Мониторинг и обучение обращения с лекарственными средствами. Проводится мониторинг эффекта лекарственных средств и периодическое обучение пациентов и персонала в зависимости от потребности |
| 1) | Разрабатываются и утверждаются руководством медицинской организации процедуры по проведению мониторинга эффекта лекарственных средств и побочных эффектов \*\* | I |
| 2) | В медицинской организации внедрен процесс выявления, сообщения и анализа потенциальных ошибок и ошибок (смотреть подпункты 3), 4) пункта 6 настоящего Стандарта) | I |
| 3) | Для врачей и прочего персонала, вовлеченных в обращение с лекарственными средствами, имеется в доступе справочная информация по лекарственным средствам | I |
| 4) | В медицинской организации врачи, вовлеченные в обращение с лекарственными средствами, обучаются по вопросам обращения с лекарственными средствами в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации \*\* | I |
| 5) | В медицинской организации средний медицинский персонал 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** |
| 50. Идентификация пациента. Безопасность пациента повышается через процесс идентификации пациента |
| 1) | Руководством медицинской организации утверждается стандартная операционная процедура (далее – СОП) идентификации пациента, описывающая процесс идентификации пациента с применением не менее двух идентификаторов пациента \* | I |
| 2) | Пациент идентифицируется в соответствии с СОП перед каждой процедурой, инъекцией, приемом лекарственного средства, взятием биоматериала и других ситуациях | I |
| 3) | Идентификация пациента облегчается путем использования идентификационного браслета с двумя идентификаторами, либо через другие альтернативные способы идентификации пациента, утвержденные руководством медицинской организации | I |
| 4) | Идентификаторы пациента присутствуют во всех формах медицинских карт  | I |
| 5) | Процесс идентификации пациента мониторируется через индикаторы, которые применяются для повышения безопасности пациента. Индикаторы выбираются в зависимости от используемых способов идентификации пациента \*\* | I |
| 51. Эффективная передача информации. Безопасность пациентов повышается через стандартизированный процесс передачи устной и (или) телефонной информации |
| 1) | Разрабатывается и внедряется 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) | Устные назначения лекарственных средств пациенту передаются согласно СОП приема и передачи информации устно, с внесением в медицинскую карту или сопроводительный лист \* | I |
| 3) | Врачебный персонал медицинской организации обучен СОП приема и передачи информации устно и (или) по телефону  | I |
| 4) | Средний медицинский персонал медицинской организации обучен СОП приема и передачи информации устно и (или) по телефону  | I |
| 5) | Процесс передачи устной информации,  при транспортировке пациента между организациями здравоохранения, мониторируется через индикатор (-ы) установленный (-ые) медицинской организацией \*\* | III |
| 52. 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 |
| 1) | 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 |
| 2) | 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 |
| 3) | 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 |
| 4) | 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 |
| 5) | 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 |
| 53. 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 |
| 1) | Разрабатываются основанные на доказательной базе (литературе) процедуры, описывающие виды и этапы мытья рук (обработки рук), а также показания для обработки рук \* | I |
| 2) | Процедуры по обработке рук выполняются по всей медицинской организации  | I |
| 3) | Ресурсы для выполнения процедур обработки рук представлены в необходимом объеме  | I |
| 4) | Медицинский персонал обучается видам, этапам и показаниям обработки рук \*\* | I |
| 5) | Практика обработки рук мониторируются через индикатор (-ы), которые применяются для повышения безопасности пациента \*\* | I |
| 54. 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 |
| 1) | Разрабатывается СОП профилактики падений, которая направлена на предотвращение падений и травм от падений. Персонал медицинской организации обучается данной СОП \* | I |
| 2) | Процедуры по профилактике падений имеют четкие требования к оценке риска падения  | I |
| 3) | Оценка и переоценка риска падения выполняется, когда это требуется и своевременно документируется в медицинской карте \*\* | I |
| 4) | Выполняются действия по профилактике падений, включая сопровождение пациентов с высоким риском падения и другие действия, определенные в правилах медицинской организации | I |
| 5) | Профилактика падений и число падений мониторируются через индикатор (-ы), которые применяются для повышения безопасности пациента \*\* | I |
| **Параграф 2. Права пациента** |
| 55. Процедуры по правам пациента. Медицинская организация разрабатывает и внедряет процедуры, направленные на соблюдение прав пациента в соответствии с законодательством Республики Казахстан \*\*\* |
| 1) | Медицинская организация разрабатывает и внедряет процедуры, направленные на соблюдение прав пациента и включает в этот процесс пациентов и их законных представителей \*\* | I |
| 2) | 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 |
| 3) | 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 |
| 4) | Медицинская организация соблюдает права пациентов по предоставлению их законным представителям информации относительно их лечения в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации \*  | I |
| 5) | Весь персонал осведомлен о правах пациента и их законных представителей | II |
| 56. Приватность и конфиденциальность информации. Соблюдаются права пациента на неприкосновенность частной жизни (приватность), конфиденциальность информации, достойное и уважительное отношение к пациенту |
| 1) | Медицинская организация обеспечивает приватность пациента в процессе предоставлении услуги | I |
| 2) | Конфиденциальность информации о пациенте сохраняется в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан \*\*\* | I |
| 3) | Медицинский персонал организации определяет потребности пациентов в приватности и конфиденциальности в процессе лечения и предоставления ухода | II |
| 4) | Медицинский персонал осведомлен о законодательстве Республики Казахстан, регулирующий конфиденциальность информации | I |
| 5) | Медицинский персонал проявляет уважительное отношение к пациенту на всех этапах лечения | II |
| 57. Обращения пациентов и их законных представителей. Обращения пациентов и их законных представителей принимаются и рассматриваются своевременно и объективно |
| 1) | В организации существует и используется процесс приема обращений от пациентов и их законных представителей относительно нарушения прав пациента \*\* | II |
| 2) | Руководством медицинской организации утверждаются процедуры по процессу сбора, приоритезации и рассмотрения обращений пациентов и их законных представителей в соответствии с законодательством Республики Казахстан \* | II  |
| 3) | Обращения пациентов и их законных представителей рассматриваются своевременно и объективно в течение периода времени определенного законодательством Республики Казахстан \*\*\* | II |
| 4) | Персоналом службы поддержки пациента и контроля качества проводится сбор обращений в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации | I |
| 5) | Результаты анализа обращений используются для повышения качества медицинских услуг организации здравоохранения | II |
| 58. Информированное добровольное согласие пациента на медицинские услуги. Медицинской организацией внедряются процедуры получения общего информированного добровольного согласия пациента на медицинские услуги |
| 1) | Процесс получения информированного добровольного согласия пациента или их законного представителя определяется в процедурах, утвержденных руководством медицинской организации в соответствии с законодательством Республики Казахстан \*  | II |
| 2) | Медицинские работники организации обучены процессу получения добровольного согласия у пациентов на медицинские услуги  | I  |
| 3) | При ознакомлении с содержанием добровольного согласия пациенты или их законные представители информируются о необходимости данной инвазивной процедуры | II |
| 4) | Добровольное согласие берется и документируется в медицинской карте вызова перед любой инвазивной процедурой, процедурой высокого риска и в других ситуациях, определенных медицинской организацией \*\* | II |
| 5) | Процесс получения   медицинскими работниками организации добровольного согласия регулярно контролируются. В случае снижения качества процесса, организуется дополнительное обучение медицинского персонала \*\* | I |
| 59. Отказ от лечения. Пациент информирован о праве на отказ от предложенной медицинской помощи  |
| 1) | Руководством медицинской организации утверждаются процедуры оформления отказа пациента от предложенной медицинской помощи в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан \*\*\* | II |
| 2) | Руководством медицинской организации утверждаются процедуры оформления отказа пациента от госпитализации в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан \*\*\* | I  |
| 3) | Отказ от медицинской помощи с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинских документах и подписывается пациентом, либо его законным представителем, а также медицинским работником в соответствии с утвержденными руководством процедурами медицинской организации | II  |
| 4) | Медицинский персонал уважает право пациента в отказе от лечения и информирует о возможных рисках, осложнениях и угрозе жизни вследствие отказа  | II |
| 5) | Медицинская организация обеспечивает информирование организации амбулаторно-поликлинической помощи о случаях отказа пациентов от медицинской помощи (по территориальной закрепленности)  | I |
| **Параграф 3. Лечение и уход за пациентом** |
| 60. Медицинская сортировка пациентов. Процесс обслуживания пациентов скорой медицинской помощи стандартизован |
| 1) | Медицинской организацией осуществляются процедуры медицинской сортировки пациентов \*\* | I |
| 2) | Проводится приоритизация лечения в соответствии с неотложностью / экстренностью ситуации | I  |
| 3) | Проводится оценка потребности в дополнительных ресурсах и запросах при необходимости на месте инцидента | I |
| 4) | Проводится оценка пациента на наличие показаний для лечения и транспортировки в надлежащую организацию здравоохранения | I |
| 5) | Персонал обучается критериям медицинской сортировки, на основе которых определяется потребность пациента в экстренной или неотложной помощи | I |
| 61. Первичный осмотр. Первичный осмотр является информативным для определения потребностей пациента и составления первоначального плана лечения \* |
| 1) | Первичный осмотр пациента осуществляется ответственными лицами в соответствии с законодательством Республики Казахстан \*\*\* | I |
| 2) | Запись первичного осмотра ответственным лицом вносится в медицинскую карту пациента в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан \*\*\* | II  |
| 3) | Первичный осмотр включает определение психо-эмоционального статуса пациента | III |
| 4) | Специалисты скорой медицинской помощи проводят первичные осмотры в соответствии с их образованием, квалификацией и навыками, подтвержденными документами | II |
| 5) | При выявлении жертв насилия организация контактирует с заинтересованными социальными, правоохранительными органами и иными организациями | III  |
| 62. План лечения и ухода. Индивидуальный план лечения своевременно документируется и включает в себя цели или желаемые результаты лечения \* |
| 1) | План неотложных лечебных мероприятий разрабатывается индивидуально на основании первичного осмотра и при необходимости повторных осмотров через определенные промежутки времени в зависимости от клинического состояния и условий транспортировки | III |
| 2) | План лечения соответствует основанным на доказательной базе клиническим протоколам (смотреть пункт 10 настоящего Стандарта) | III |
| 3) | Состояние пациента наблюдается и документируется в динамике с целью оценки достижения целей или желаемых результатов от плана лечения | II |
| 4) | План лечения обновляется в зависимости от состояния, диагноза пациента или на основе новой информации и по результатам повторных осмотров | I |
| 5) | Проведенные лечебные мероприятия (процедуры, введенные лекарственные средства) своевременно вносятся в медицинскую документацию  | II |
| 63. Перевод и транспортировка пациента. Перевод пациента согласовывается с принимающей организацией и обеспечивается безопасность транспортировки пациента \* |
| 1) | Перевод пациента из одной медицинской организации в другую осуществляется на основе переводного эпикриза, который содержит причину перевода, проведенное лечение, состояние пациента на момент перевода и дальнейшие рекомендации | II |
| 2) | Перевод пациента в другую медицинскую организацию проводится при наличии договоренности с принимающей медицинской организацией о готовности принять пациента | II |
| 3) | При переводе пациента на медицинском транспорте, заполняется транспортировочный лист с указанием состояния пациента во время транспортировки, оказанного лечения, названия принимающей организации и фамилии медицинского персонала, сопровождающих и принимающих пациента | II |
| 4) | Санитарный автотранспорт оснащен в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан. Проводится регулярная инспекция готовности машины ответственными лицами (если транспорт принадлежит медицинской организации) | II |
| 5) | Пациент сопровождается квалифицированным персоналом в зависимости от состояния и потребностей пациента  | II |
| 64. Непрерывность ухода. Во время доставки/транспортировки пациента в медицинскую организацию соблюдается непрерывность ухода \* |
| 1) | Принимающей организации здравоохранения предоставляется устная информация о пациенте, подкрепляющаяся сопроводительным листом к карте вызова пациента | II |
| 2) | Медицинская организация заблаговременно оповещает принимающую организацию здравоохранения о прибытии или передаче всех пациентов, включая пациентов находящихся в предсмертном состоянии | II |
| 3) | Во время передачи пациента в другую организацию здравоохранения, бригада скорой медицинской помощи забирает от направляющей организации клиническое резюме или выписку из медицинской документации | II |
| 4) | Клиническое резюме или выписка из медицинской документации передается вместе с пациентом | II |
| 5) | Клиническое резюме или выписка из медицинской документации содержит информацию о состоянии пациента, проведенных процедурах и вмешательствах, потребности пациента в непрерывном уходе | II |
| 65. Доступность услуг для населения. Медицинская организация удовлетворяет потребности пациента в доступе к медицинской помощи |
| 1) | Разрабатываются процедуры информирования населения, соответствующих служб и других медицинских организаций о порядке получения скорой медицинской помощи в соответствии с категориями срочности | II |
| 2) | Медицинская организация устанавливает и реализовывает процесс реагирования на запросы общественности и средства массовой информации | II |
| 3) | Медицинская организация в круглосуточном режиме выдает устную информацию при личном обращении населения.Медицинская организация в круглосуточном режиме выдает информацию по телефону о местонахождении пациентов или пострадавших при несчастных случаях, которым была оказана медицинская помощь | II |
| 4) | Налаживается взаимодействие медицинской организации с аварийными службами | II |
| 5) | Сотрудники обучаются процедурам взаимодействия медицинской организации с аварийными службами \*\* | II |
| 66. Удовлетворение потребностей умирающих пациентов. Медицинская организация удовлетворяет потребности умирающих пациентов |
| 1) | Персонал медицинской организации оказывает помощь умирающим пациентам и их законным представителям в управлении болью и другими симптомами | II |
| 2) | Персонал медицинской организации уважительно относится к духовным и культурным предпочтениям пациента и законных представителей  | II |
| 3) | Персонал обучается процедуре организации в отношении остановки услуг по реанимации | II |
| 4) | Медицинская организация разрабатывает процедуру по обращению с пациентом, умершим после вызова или в присутствии сотрудника скорой помощи  | II |
| 5) | Персонал медицинский организации ознакомлен о процедурах по обращению с пациентом, умершим после вызова или в присутствии сотрудника скорой помощи \*\* | III |
| 67. Услуги экстренной медицинской помощи являются доступными по всей организации \*  |
| 1) | Круглосуточно на территории медицинской организации являются доступными услуги экстренной медицинской помощи (оказание базовой и углубленной сердечно-легочной реанимации) | II |
| 2) | Стандартизованный набор лекарственных средств, изделий медицинского назначения и оборудования для оказания базовой и углубленной сердечно-легочной реанимации поддерживается в постоянной готовности | II |
| 3) | Внедрены процедуры, описывающие порядок оказания базовой и углубленной сердечно-легочной реанимации | I |
| 4) | Углубленная (расширенная) сердечно-легочная реанимация оказывается в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации | I |
| 5) | Медицинские работники обучаются оказанию базовой сердечно-легочной реанимации | I |
| 68. Инвазивные процедуры. Своевременно и подробно оформляется документация о проводимой инвазивной процедуре |
| 1) | Информация об инвазивных процедурах, а также полученные результаты, своевременно фиксируются в карте вызова пациента | I |
| 2) | Запись в медицинской карте вызова содержит обоснование или причину инвазивной процедуры, диагноз  | I |
| 3) | Пациент информируется о проводимой инвазивной процедуре до начала процедуры | I |
| 4) | Пациента дает согласие на проведение инвазивной процедуры  | I |
| 5) | Психоэмоциональное состояние пациента непрерывно мониторируется во время и после процедуры  | I |

 **Глава 5: Специальные службы**

|  |
| --- |
| **Параграф 1. Коммуникационные центры неотложной и скорой медицинской помощи. Коммуникационные центры неотложной и (или) скорой медицинской помощи эффективно поддерживают реагирование службы скорой и неотложной помощи на инциденты, и необходимость транспортировки пациентов**  |
| 69. Разработка и мониторинг плана работы коммуникационного центра. Руководители медицинской организации планируют и мониторируют услуги коммуникационного центра  |
| 1) | В целях повышения эффективности деятельности коммуникационного центра руководством медицинской организации утверждается годовой план работы, проводится мониторинг реализации мероприятий плана | II |
| 2) | Мониторинг плана работы коммуникационного центра включает определение областей реагирования, наличие необходимых материально-технических и человеческих ресурсов с обязательным охватом периодов максимальной нагрузки | II |
| 3) | Мониторинг плана работы коммуникационного центра включает реагирование на инциденты с большим количеством жертв и катастрофы | II |
| 4) | Мониторинг плана работы коммуникационного центра включает координацию критических инцидентов | II |
| 5) | Мониторинг плана работы коммуникационного центра включает предоставление исчерпывающей интегрированной 24-часовой коммуникационной системы | II |
| 70. Категорирование вызовов. План работы коммуникационного центра включает в себя определенный процесс для того, чтобы четко категорировать вызовы согласно уровню реагирования и категории срочности |
| 1) | В целях повышения эффективности деятельности коммуникационного центра, руководством медицинской организации утверждается годовой план работы. Проводится мониторинг реализации годового плана | I |
| 2) | План работы коммуникационного центра включает определение областей реагирования, наличие необходимых материально-технических и человеческих ресурсов, с обязательным охватом периодов максимальной нагрузки | I |
| 3) | План работы коммуникационного центра включает приоритетное реагирование на инциденты с большим количеством жертв и катастрофы | I |
| 4) | План работы коммуникационного центра включает координацию критических инцидентов | I |
| 5) | План работы коммуникационного центра включает предоставление исчерпывающей интегрированной круглосуточной коммуникационной системы | I |
| 71. Стандарты оказания медицинской помощи по времени реагирования. План работы коммуникационного центра включает в себя стандарты оказания медицинской помощи по времени реагирования |
| 1) | Стандарты оказания медицинской помощи по времени реагирования соответствуют законодательству Республики Казахстан \*\*\* | III |
| 2) | Стандарты оказания медицинской помощи по времени реагирования охватывают различные области предоставления медицинских услуг | III |
| 3) | Стандарты оказания медицинской помощи по времени реагирования охватывают различные диспетчерские категории | III |
| 4) | Стандарты оказания медицинской помощи по времени реагирования охватывают время ожидания вызова | III |
| 5) | Стандарты оказания медицинской помощи по времени реагирования подвергаются мониторингу с использованием единых часов либо синхронизированных часов | III |
| 72. Прием и документирование информации о заявках на предоставление медицинских услуг. Коммуникационный центр использует процесс для получения и документирования информации о заявках на предоставление медицинских услуг  |
| 1) | Проводится фиксирование (запись) номера телефона для обратной связи с вызывающим лицом, адреса инцидента или необходимой услуги, повода для вызова или жалобы | I |
| 2) | Проводится фиксирование (запись) экстренности или неотложности запроса  | I |
| 3) | Проводится фиксирование (запись) предоставленных инструкций | I |
| 4) | Проводится фиксирование (запись) необходимости содействия другой организации | I |
| 5) | Прямые, срочные коммуникации поддерживаются постоянно между:диспетчером и лицом, осуществляющим звонок; диспетчером и бригадой скорой помощи | I |
| 73. Вспомогательные системы для бесперебойной работы коммуникационного центра. Медицинской организацией внедряется система бесперебойного получения и обмена информацией |
| 1) | Руководством медицинской организации обеспечивается наличие необходимых ресурсов по бесперебойному обмену информацией | I |
| 2) | Осуществляется своевременная регистрация неотложных и других вызовов (ответы на телефон и другие) | I |
| 3) | Организация работы диспетчерской службы соответствует законодательству Республики Казахстан \*\*\* | I |
| 4) | Спутниковая навигационная система имеется в наличии и бесперебойно обеспечивает обмен информацией  | I |
| 5) | В бесперебойном обмене информацией используются радиокоммуникации и цифровое картографирование | I |
| **Параграф 2. Служба скорой / неотложной помощи. Служба скорой / неотложной медицинской помощи эффективно поддерживает реагирование на инциденты и необходимость транспортировки пациентов** |
| 74. Служба скорой / неотложной помощи соответствует потребностям пациентов |
| 1) | Руководством медицинской организации обеспечиваются необходимые ресурсы для эффективного оказания доврачебной неотложной помощи | I |
| 2) | Служба скорой / неотложной помощи способна реагировать в разных клинических областях с использованием необходимого оборудования | I |
| 3) | Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи осуществляется линейными (врачебными, фельдшерскими) и специализированными бригадами в соответствии с потребностями населения | I |
| 4) | Объем медицинской помощи предоставляется в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи (клиническими протоколами, клиническими руководствами, алгоритмами)  | I |
| 5) | Все этапы оказания экстренной и неотложной медицинской помощи стандартизируются \* | I |
| 75. Санитарный автотранспорт. Разрабатываются и внедряются процедуры по организации оказания медицинской помощи в форме санитарной авиации в соответствии с установленными требованиями и потребностями пациентов |
| 1) | Санитарный автотранспорт оснащен достаточным количеством оборудования, лекарственных средств расходных материалов, необходимых для предоставления скорой / неотложной помощи, в зависимости от типа бригады  | I |
| 2) | Санитарный автотранспорт для поддержания основных функций жизнедеятельности пациента обеспечен специалистами по оказанию первой помощи. Водитель обучен мерам первой помощи (базовой сердечно-легочной реанимации) и транспортировке, перекладке пациента | I |
| 3) | Имеется достаточное пространство для осмотра, лечения пациента и свободного перемещения медицинского персонала, включая ситуации, критические по времени или ситуации, требующие медицинской помощи повышенной сложности | I |
| 4) | Санитарный автотранспорт застрахован и принимаются меры по профилактике и снижению частоты дорожно-транспортных происшествий:обучение водителей особенностям транспортировки пациентов в критическом состоянии; особенности вождения в экстремальных погодных условиях и в часы-пик;качество шин согласно времени года; своевременный технический осмотр и ремонт;сбор данных по случаям дорожно-транспортных происшествий и анализ каждого дорожно-транспортного происшествия;вводный инструктаж водителей при приеме на работу и периодический инструктаж после каждого случая дорожно-транспортного происшествия;своевременное списание и обновление (закуп) автотранспорта в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации | I |
| 5) | Санитарный автотранспорт используется строго по назначению, проводится инфекционный контроль-обработка поверхностей, уборка внутри автотранспорта | I |
| **Параграф 3. Санитарная авиация. Санитарная авиация эффективно поддерживает реагирование на инциденты и необходимость транспортировки пациентов** |
| 76. Санитарная авиация соответствует потребностям пациентов |
| 1) | Руководством медицинской организации обеспечиваются необходимые ресурсы для эффективного предоставления неотложной помощи на ожидаемом уровне и вылета на место инцидента | I |
| 2) | Бригада санитарной авиации способна реагировать в разных клинических областях с использованием необходимого оборудования | I |
| 3) | Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи осуществляется бригадами (республиканский, специализированный и региональный уровни) в соответствии с потребностями пациентов | I |
| 4) | Объем медицинской помощи предоставляется в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи (клиническими протоколами, клиническими руководствами, алгоритмами) \* | I |
| 5) | Все этапы предоставления медицинской помощи в форме санитарной авиации стандартизируются \* | I |
| 77. Санитарный авиатранспорт. Разрабатываются и внедряются процедуры по организации оказания медицинской помощи в форме санитарного авиатранспорта  |
| 1) | Воздушное судно санитарной авиации оснащено достаточным количеством оборудования и расходных материалов, необходимых для оказания скорой и неотложной помощи, как детям, так и взрослым  | I |
| 2) | В салоне воздушного судна санитарной авиации имеются оборудованные места, для размещения пациентов, фиксации медицинской аппаратуры, газобаллонного оборудования обеспечивается их безопасное функционирование при транспортировке | I |
| 3) | В салоне воздушного судна санитарной авиации имеется достаточное пространство для осмотра, лечения пациента и свободного перемещения медицинского персонала, включая ситуации, критические по времени или ситуации, требующие медицинской помощи повышенной сложности | I |
| 4) | Клинический персонал, принимающий участие в транспортировке пациента, имеет возможность немедленно связаться с профильным специалистом | I |
| 5) | Непосредственную ответственность за пациента во время всего трансфера несет мобильная бригада санитарной авиации на борту | I |
| 78. Обучение мобильной бригады санитарной авиации. Мобильная бригада санитарной авиации обучается ключевым аспектам предоставления аэромедицинской помощи и лечения пациентов |
| 1) | Проводится обучение и тестирование знаний медицинского персонала организации по вопросам авиационной физиологии и медицинским услугам санитарной авиации  | II |
| 2) | Проводится обучение персонала по организационным вопросам воздушно-транспортных услуг и управлению ресурсами бригады | II |
| 3) | Обучение персонала организации вопросам безопасности в воздухе и ознакомление с оборудованием происходит на постоянной основе  | II |
| 4) | Проводятся обязательные специфические предполетные инструктажи | II |
| 5) | Обучение охватывает, в том числе внештатный медицинский персонал, студентов, курсантов, резидентов  | 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 \*\*\*