

О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 года № 676 "Об утверждении стандартов аккредитации для субъектов здравоохранения"

Утративший силу

Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 8 апреля 2016 года № 266. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 13 мая 2016 года № 13702. Утратил силу приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 ноября 2021 года № ҚР ДСМ - 111.

Сноска. Утратил силу приказом и.о. Министра здравоохранения РК от 05.11.2021 № ҚР ДСМ - 111 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

В соответствии с пунктом 3 статьи 14 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения"

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 года № 676 "Об утверждении стандартов аккредитации для субъектов здравоохранения" (зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 8064, опубликованный в газете "Казахстанская правда" от 13 марта 2013 года № 91-92 (27365-27366)) следующие изменения и дополнения:

заголовок изложить в следующей редакции:

"Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций";

пункт 1 изложить в следующей редакции:

"1. Утвердить:

Стандарты аккредитации медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, согласно приложению 1 к настоящему приказу;

Стандарты аккредитации медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь, согласно приложению 2 к настоящему приказу;

Стандарты аккредитации медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, согласно приложению 3 к настоящему приказу;

Стандарты аккредитации медицинских организаций восстановительного лечения и медицинской реабилитации согласно приложению 4 к настоящему приказу;

Стандарты аккредитации медицинских организаций, оказывающих паллиативную помощь и сестринский уход, согласно приложению 5 к настоящему приказу. ";

в Стандартах аккредитации для организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, утвержденных указанным приказом: заголовок изложить в следующей редакции:

"Стандарты аккредитации медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь";

в разделе "А "РУКОВОДСТВО":

строку:

"

2.2	Медицинская организация действует в соответствии с конституционными и юридическими нормами Республики Казахстан, и имеет требуемые правоустанавливающие документы, в том числе: 1) свидетельство о государственной (учетной) регистрации (перерегистрации) в органах юстиции; 2) устав (положение); 3) РНН, БИН.
-----	---

"

изложить в следующей редакции:

"

2.2	Медицинская организация действует в соответствии с законодательством Республики Казахстан, и имеет требуемые учредительные документы, в том числе: 1) свидетельство или справка о государственной (учетной) регистрации (перерегистрации); 2) устав (положение); 3) БИН.
-----	---

";

в разделе "СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ":

строку "РНН - Регистрационный номер налогоплательщика" исключить; строку:

"ФИО – Фамилия, имя, отчество"

изложить в следующей редакции:

"ФИО – Фамилия, имя, отчество (при его наличии)";

в Стандартах аккредитации для организаций здравоохранения, оказывающих стационарную помощь, утвержденных указанным приказом:

заголовок изложить в следующей редакции:

"Стандарты аккредитации медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь";

в разделе "А "РУКОВОДСТВО":

строку:

"

2.2	Медицинская организация действует в соответствии с конституционными и юридическими нормами Республики Казахстан, и имеет требуемые правоустанавливающие документы, в том числе: 1) свидетельство о государственной (учетной) регистрации (перерегистрации) в органах юстиции; 2) устав (положение); 3) РНН, БИН.
-----	---

"

изложить в следующей редакции:

"

2.2	Медицинская организация действует в соответствии с законодательством Республики Казахстан, и имеет требуемые учредительные документы, в том числе: 1) свидетельство или справка о государственной (учетной) регистрации (перерегистрации); 2) устав (положение); 3) БИН.
-----	---

";

в разделе "СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ":

строку "РНН - Регистрационный номер налогоплательщика" исключить;

строку:

"ФИО – Фамилия, имя, отчество"

изложить в следующей редакции:

"ФИО – Фамилия, имя, отчество (при его наличии)";

в Стандартах аккредитации для организаций здравоохранения, оказывающих скорую медицинскую помощь, утвержденных указанным приказом:

заголовок изложить в следующей редакции:

"Стандарты аккредитации медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь";

в разделе "А "РУКОВОДСТВО":

строку:

"

2.2	Медицинская организация действует в соответствии с конституционными и юридическими нормами Республики Казахстан, и имеет требуемые правоустанавливающие документы, в том числе: 1) свидетельство о государственной (учетной) регистрации (перерегистрации) в органах юстиции;
-----	--

- | |
|---------------------------------------|
| 2) устав (положение);
3) РНН, БИН. |
|---------------------------------------|

"

изложить в следующей редакции:

"

Медицинская организация действует в соответствии с законодательством Республики Казахстан, и имеет требуемые учредительные документы, в том числе:
2.2 1) свидетельство или справка о государственной (учетной) регистрации (перерегистрации);
2) устав (положение);
3) БИН.

";

в разделе "СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ":

строку "РНН - Регистрационный номер налогоплательщика" исключить;
строку:

"ФИО – Фамилия, имя, отчество"

изложить в следующей редакции:

"ФИО – Фамилия, имя, отчество (при его наличии)";

дополнить приложениями 4 и 5 согласно приложениям 1 и 2 к настоящему приказу.

2. Департаменту стандартизации медицинских услуг Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан в установленном законодательством порядке обеспечить:

1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

2) направление в печатном и электронном виде в течение пяти рабочих дней со дня получения зарегистрированного настоящего приказа его копии в одном экземпляре на государственном и русском языках в Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения "Республиканский центр правовой информации" для включения в Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов Республики Казахстан;

3) в течение десяти календарных дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан направление его копии на официальное опубликование в периодических печатных изданиях и информационно-правовой системе "Әділет";

4) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан;

5) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан

представление в Департамент юридической службы Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1), 2), 3) и 4) настоящего пункта.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан Биртанова Е.А.

4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

Министр здравоохранения и
социального развития

Республики Казахстан

Т. Дуйсенова

СОГЛАСОВАН

Министр национальной экономики
Республики Казахстан

_____ Е. Досаев

15 апреля 2016 года

Приложение 1 к приказу
Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 8 апреля 2016 года № 266
Приложение 4 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 2 октября 2012 года № 676

Стандарты аккредитации для медицинских организаций восстановительного лечения и медицинской реабилитации

РАЗДЕЛ "А": РУКОВОДСТВО

№	Измеряемые критерии
1.0 ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ Этические нормы определяют направление деятельности организации и процесс принятия решений.	
1.1	Руководство организации коллективно и с учетом рекомендаций заинтересованных сторон определяет миссию, видение организации для планирования и определения направлений развития организации.
1.2	В организации имеется определенный комплекс ценностей, которыми она руководствуется при принятии решений и определении правил поведения сотрудников.
1.3	Медицинская организация разрабатывает правила этики, охватывающие вопросы в отношении деятельности организации и обслуживания пациентов.
1.4	Персонал регулярно проходит обучение по вопросам этики и деонтологии.

1.5	В организации внедрен процесс выявления, анализа и принятия мер по фактам нарушения норм этики.
2.0 УПРАВЛЕНИЕ	
В организации осуществляется эффективное управление в соответствии с ее правовым статусом и ответственностью.	
2.1	Обязанности руководства организации включают следующее: 1) определение и рассмотрение этических норм; 2) согласование и утверждение стратегического, оперативного планов организации, а также плана по повышению качества услуг; 3) утверждение бюджета и обеспечение организации соответствующими ресурсами для выполнения поставленных целей и задач; 4) мониторинг и оценка достижения результатов стратегических и оперативных планов и качества услуг; 5) назначение или утверждение руководителей структурных подразделений и оценка эффективности их деятельности.
2.2	Организация действует в соответствии с законодательством Республики Казахстан, и имеет требуемые учредительные документы, в том числе: 1) свидетельство или справка о государственной (учетной) регистрации (перерегистрации); 2) устав (положение); 3) Бизнес идентификационный номер (БИН).
2.3	Руководство организации обеспечивает осуществление деятельности путем: 1) получения, рассмотрения и реагирования на предписания государственных органов; 2) своевременной подготовки предложений по актуализации действующих нормативных правовых документов; 3) принятия активных действий по доведению их до заинтересованных лиц; 4) обеспечения доступности базы нормативных правовых документов для персонала организации.
2.4	Организация информирует общественность: 1) об оказываемых услугах и условиях их получения; 2) о деятельности и принимаемых решениях, которые могут повлиять на предоставляемые услуги; 3) о качестве оказываемых услуг и достигнутых результатах.
3.0 СТРАТЕГИЧЕСКОЕ И ОПЕРАТИВНОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ	
Организация планирует свои услуги с целью удовлетворения потребностей населения и осуществляет четкое руководство по его реализации.	
3.1	В стратегическом плане развития, разработанном руководством совместно с персоналом, излагаются долгосрочные цели, задачи, стратегии для осуществления целей организации.
3.2	Стратегический план основан на: 1) миссии, видении, целях и этических нормах организации; 2) потребностях обслуживаемого населения; 3) анализа полученных отзывов от пациентов/семей и общественности; 4) количественных и качественных показателей оказания услуг; 5) правительственных стратегиях и приоритетах в здравоохранении; 6) ожидаемых результатов по достижению целей и задач организации (индикаторах оценки).
3.3	Комплексный годовой (оперативный) план работы разработан и согласован со всеми структурными подразделениями организации: 1) в соответствии со стратегическим планом; 2) с рассмотрением непосредственных приоритетов; 3) содержит задачи и план мероприятий по основным услугам; 4) определяет укомплектование штата, финансовые и материальные ресурсы для обеспечения выполнения запланированных действий.

3.4	<p>Организацией и ее структурными подразделениями регулярно рассматривается достигнутый прогресс в реализации годового плана в сравнении с целями и планом мероприятий:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) уровень достижения целей и ожидаемых результатов; 2) выполнение запланированных действий; 3) адекватность ресурсной поддержки; 4) соблюдение запланированных сроков; 5) нереализованные задачи и проблемы; 6) дальнейшие планируемые шаги.
3.5	Служба внутреннего аудита или эксперт организации проводит анализ достигнутых результатов в сравнении с годовым планом, информация предоставляется руководителю организации и руководителям структурных подразделений для планирования дальнейших действий.
3.6	Решения относительно планируемых улучшений, внесенных в годовой план, сообщаются и обсуждаются с персоналом и передаются при необходимости соответствующим внешним службам.
4.0 ОБЩЕЕ УПРАВЛЕНИЕ	
Организация имеет структуру управления и подотчетности. Управление осуществляется квалифицированными менеджерами.	
4.1	<p>Руководитель организации является ответственным и отчетывается за следующее:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) все оперативные вопросы, включая управление рисками и повышение качества, инфекционный контроль, охрану здоровья/труда и безопасность; 2) о клинической, управленческой и финансовой деятельности перед руководящим органом и вышестоящими государственными органами; 3) реагирование на любые сообщения, полученные от контрольных и регулирующих органов.
4.2	Руководитель организации имеет образование, квалификацию, стаж и опыт работы.
4.3	В должностной инструкции руководителя организации определены его функции.
4.4	Эффективность работы руководителя организации определяется достижениями в деятельности организации, отчет по исполнению запланированных мероприятий предоставляется в вышестоящую организацию.
4.5	Функции и полномочия каждого структурного подразделения определены с участием каждого сотрудника и доведены до сведения сотрудников.
4.6	Каждое подразделение организации возглавляется руководителем, имеющим образование, квалификацию, стаж и опыт работы.
4.7	<p>Лица, ответственные за медицинскую деятельность организации, обеспечивают:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) планирование и оценку клинической практики; 2) предоставление консультаций по клиническим вопросам руководителю организации и заведующим подразделениями; 3) мониторинг стандартов клинического лечения; 4) контроль и оказание содействия персоналу.
4.8	<p>Организационная структура:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) оформлена документально и представлена в виде схемы; 2) соответствует целям, задачам и функциям организации; 3) четко отражает структуру подчинения персонала; 4) помогает отделам и службам скоординировать планирование и оказание услуг.
4.9	Структура организации регулярно рассматривается и четко доводится до сведения всего персонала организации и других соответствующих лиц.
4.10	Организация согласовывает свою деятельность и услуги, предоставляя планы и стратегии государственным органам или другим организациям в целях обеспечения преемственности.
5.0 УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ И ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА	

Организация сводит к минимуму возможные риски, постоянно проводит их мониторинг и оценку, а также повышает качество предоставляемых услуг.

5.1	<p>План управления рисками организации:</p> <ol style="list-style-type: none">1) основан на информации, полученной из стратегического плана; результатах анализа клинических показателей; результатах анализа отзывов пациентов и неблагоприятных событий; службы инфекционного контроля;2) результатах анализа укомплектования персоналом и обеспечения ресурсами; результатах анализа состояния окружающей обстановки;3) определяет, оценивает и располагает по приоритетам все риски с точки зрения их вероятности и последствий нанесенного вреда здоровью и материального ущерба;4) включает стратегии управления такими рисками;5) имеется в наличии и распространяется среди персонала для ознакомления.
5.2	<p>Организация обучает своих сотрудников правилам снижения рисков, путем:</p> <ol style="list-style-type: none">1) обнаружения, оценки и сообщения о ситуациях, включающих риск;2) управления ситуациями, имеющими потенциальный риск;3) предотвращения или контроля инфекции;4) безопасного использования оборудования и материалов;5) безопасного метода транспортировки людей и грузов.
5.3	<p>План управления рисками регулярно проверяется и пересматривается в целях обеспечения его эффективности путем:</p> <ol style="list-style-type: none">1) контроля за фактическим выполнением требований правил управления рисками;2) пересмотра определенных рисков;3) внесения улучшений в план управления рисками, используя результаты, полученные в процессе контроля выполнения требований, правил управления рисками и пересмотра определенных рисков.
5.4	<p>В организации имеется непрерывная система повышения качества услуг, включающая:</p> <ol style="list-style-type: none">1) участие всех подразделений организации;2) определение приоритетов организации по контролю качества предоставляемых услуг и их обновление с учетом нужд и потребностей пациентов, процессов, которые представляют высокий риск, большой объем, являются дорогостоящими или проблемными;3) сбор, анализ и оценку данных мониторинга и аудита;4) информирование руководства и сотрудников.
5.5	<p>Ежегодный план повышения качества:</p> <ol style="list-style-type: none">1) разрабатывается совместно с руководителями структурных подразделений;2) подробно определяет мероприятия по контролю качества, планы действия, их цели и методы достижения;3) определяет график проведения аудита, сбора данных по качественным показателям;4) определяет ответственных лиц и сроки исполнения.
5.6	<p>План повышения качества включает мониторинг, отчетность и оценку:</p> <ol style="list-style-type: none">1) показателей эффективности лечения по приоритетным заболеваниям и ключевым процессам, например, время ожидания, уровень повторной заболеваемости и госпитализации, ошибки в назначении лекарственных средств, инфекции и несчастные случаи;2) удовлетворенности пациента и его семьи, оказанными услугами.
5.7	<p>Руководители структурных подразделений ответственны за реализацию плана по повышению качества, включая следующее:</p> <ol style="list-style-type: none">1) мониторинг соответствующих показателей;2) мониторинг выполнения стандартов, политик, процедур, клинических протоколов и правил;3) рассмотрение фактов обращений и предложений со стороны пациентов и их семей;4) проекты по улучшению качества оказываемых услуг.

5.8	<p>Внутренняя служба по контролю качества:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) получает отчеты по мероприятиям обеспечения качества; 2) анализирует собранные данные и классифицирует их по направлениям; 3) отчитывается перед руководителями структурных подразделений и руководителями организации.
5.9	<p>Информация и отчеты о повышении качества обсуждаются на производственных или клинических встречах и конференциях. Сотрудники организации, руководители структурных подразделений и руководство организации участвуют в принятии решений по определенным действиям в области улучшения качества.</p>
5.10	<p>Проводится аудит организации с целью оценки качества предоставляемых услуг и соответствия с утвержденными клиническими протоколами и правилами:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) уполномоченным лицом/группой экспертов; 2) в соответствии с графиком проведения клинических аудитов использования клинических протоколов, которые имеются в достаточном количестве.
5.11	<p>Результаты клинического аудита и обзора клинических случаев:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) обсуждаются в работе соответствующих комиссий, на собраниях или конференциях; 2) используются для улучшения процессов оказания медицинской помощи; 3) включаются в отчеты в рамках выполнения программы повышения качества.
5.12	<p>Мероприятия по повышению качества запланированы, предприняты соответствующие меры и действия, оценена эффективность действий. Персонал, клиенты/ пациенты информированы о результатах оценки.</p>
5.13	<p>Персонал следует документированным политикам и процедурам при выполнении своих должностных обязанностей в каждом структурном подразделении.</p>
5.14	<p>Политики и процедуры, утвержденные руководством:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) обновляются; б) разрабатываются с участием персонала; в) легко доступны персоналу на рабочих местах; г) официально пересматриваются, по меньшей мере, раз в три года, или чаще по мере необходимости

РАЗДЕЛ "В": УПРАВЛЕНИЕ РЕСУРСАМИ

6.0 УПРАВЛЕНИЕ ФИНАНСАМИ

Финансовые ресурсы организации управляются и контролируются для оказания содействия в достижении целей.

6.1	<p>Руководство ежегодно утверждает план финансово-хозяйственной деятельности:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) подготовленный финансово-экономическим блоком организации; 2) с участием персонала организации; 3) основанный на предполагаемых доходах и сметах расходов; 4) на основе задач и планируемых мероприятий годового плана.
6.2	<p>Порядок и процедуры финансовой деятельности организации документируются и включают следующее:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) оперативность выставления счетов и оплаты счетов; 2) бухгалтерский учет; 3) полномочия по закупке и расходованию средств, процедура передачи полномочий; 4) страхование; 5) управление активами.
6.3	<p>Бухгалтерский учет основан на достоверной финансовой информации обо всех источниках доходов и расходов, и обеспечивает своевременные и точные финансовые отчеты для принятия решений.</p>

6.4	Прибыли, убытки и расходы на услуги регулярно отслеживаются в сравнении с бюджетами предоставляются руководству организации в виде ежемесячных финансовых отчетов.
6.5	Существует система внутреннего финансового контроля и аудита.
6.6	Внешний финансовый аудит проводится в соответствии с нормативными правовыми актами.
6.7	Услуги, осуществляемые на платной основе: 1) имеется прейскурант цен; 2) цены рассчитаны на основе затрат; 3) оплата платных услуг проводится в соответствии с законодательством Республики Казахстан.
6.8	Список утвержденных платных услуг и их цен доступен населению.
6.9	Организация проводит аудит платных услуг для подтверждения, что: 1) цены соответствующие, а расходы и платежи осуществляются надлежащим образом, согласно документально оформленным процессам; 2) средства используются по целевому назначению.
6.10	Оплата труда сотрудникам, перечисления в пенсионный фонд и другие обязательные отчисления: 1) осуществляются своевременно; 2) основаны на утвержденной структуре заработных плат и вознаграждений сотрудникам организации.
6.11	Отчеты своевременно заполняются и направляются в налоговые органы и органы государственной статистики.

7.0 ИНФОРМАЦИОННОЕ УПРАВЛЕНИЕ

Организация систематически управляет и защищает свою информацию в целях удовлетворения информационных потребностей и задач.

7.1	В организации имеется единая автоматизированная информационная система по управлению ее деятельностью, включающая: 1) наличие совместимых компьютеров и пакетов прикладных программ, отвечающих нуждам каждого отдела; 2) лицензионное программное обеспечение; 3) управление текущими расходами; 4) процедуры необходимых обновлений программного обеспечения; 5) текущее техническое обслуживание; 6) обучение персонала.
7.2	Организация обеспечивает конфиденциальность, безопасность и целостность информации путем: 1) установки уровней защиты для доступа персонала к особо важной информации; 2) обучения персонала о неразглашении частной или личной информации и соблюдения конфиденциальности; 3) ограничения доступа к конфиденциальной информации, в том числе информации о пациенте.
7.3	Документально оформленные процедуры защиты информации используются персоналом и включают: 1) создание резервных копий файлов; 2) хранение резервных копий; 3) восстановление данных в случае чрезвычайных ситуаций
7.4	Персонал организации имеет доступ к надежным Интернет-ресурсам и телекоммуникационным технологиям для выполнения своих профессиональных обязанностей.
7.5	Персонал получает информацию о достижениях и передовых технологиях в здравоохранении посредством: 1) предоставления актуальной медицинской информации, руководств по эксплуатации медицинского оборудования, достоверной информации баз доказательной медицины Кокрановского содружества, Национальной медицинской библиотеки США, Британского национального формуляра Национального института здоровья и клинического совершенства Великобритании;

	2) участия в профессиональных конференциях, семинарах, мастер-классах, тренингах и учебных программах.
7.6	<p>Организация использует стандартный процесс управления документацией, соответствующий требованиям законодательства Республики Казахстан и включающий следующее:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) утвержденную номенклатуру дел с указанием сроков хранения; 2) файлы/папки во всех отделениях сводятся в единую номенклатуру; 3) документы хранятся в папках в соответствии с номенклатурой дел.
7.7	<p>Внутренние документы, регулирующие деятельность организации:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) утверждены и подписаны ответственным лицом; 2) имеют дату ввода и сроки действия; 3) обновляются по потребности; 4) контролируются на своевременность выполнения ответственными лицами.
7.8	<p>Медицинские записи о пациентах:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) защищены от потери, уничтожения, искажения и неправомерного доступа или использования; 2) доступны только уполномоченному персоналу; 3) удобны для доступа, но с соблюдением конфиденциальности; 4) не выносятся из помещения без специального разрешения.
7.9	<p>Медицинская документация хранится:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в соответствии с правилами по хранению документов, их передаче в архив и правилами получения документов из архива; 2) под руководством ответственного лица; 3) помещение архива находится в защищенном от доступа посторонних лиц и оборудовано стеллажами (шкафами); 4) выписки из истории болезни предоставляются только определенным лицам по запросу компетентных органов либо иных лиц в рамках действующего законодательства.
<p>8.0 УПРАВЛЕНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ</p> <p>Эффективное планирование и управление человеческими ресурсами повышает производительность труда персонала и является инструментом в достижении организацией поставленных целей и задач.</p>	
8.1	<p>В организации используется документированный процесс для определения:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) уровня укомплектованности персонала, необходимого для выполнения планируемых объемов услуг и работ; 2) уровня требуемого стажа и опыта; 3) наиболее эффективной и рациональной структуры профилей и должностей персонала.
8.2	<p>Организация разрабатывает и использует политику и процедуры по управлению штатом, включающую назначение, отбор, обучение, оценку, поощрение, сохранение и привлечение компетентного персонала в целях выполнения поставленных задач по оказанию услуг.</p>
8.3	<p>Квалификация специалистов и структура профессиональных навыков персонала:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) соответствуют функциям каждого подразделения; 2) пересматриваются ежегодно при планировании или по потребности.
8.4	<p>На все штатные должности разработаны должностные инструкции, которые утверждены руководством организации. Должностные инструкции доступны каждому сотруднику и включают:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) квалификацию, навыки, подготовку, опыт работы, требуемые для занятия штатной должности; 2) функциональные обязанности; 3) подотчетность; 4) сроки пересмотра.
8.5	<p>Назначение/прием на должность производится:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) подписанием договора в соответствии с трудовым законодательством и обеспечением равных возможностей трудоустройства между работником и организацией; 2) в соответствии с требованиями, изложенными в должностной инструкции.

8.6	До назначения/приема специалиста, допущенного к клинической практике, организация: 1) проводит оценку его клинических знаний и навыков; 2) проводит проверку предоставленной первичной документации (дипломы, сертификаты); 3) оформляет личное дело с указанием послужного списка, трудового стажа и опыта работы.
8.7	Каждый сотрудник подписывает оригинал своей должностной инструкции, копия которой имеется в том подразделении, где он/а работает.
8.8	Каждый сотрудник проходит инструктаж для ознакомления с организацией, ее целями и задачами, а также со своими должностными обязанностями, в соответствии с документированной программой введения в должность.
8.9	Персонал в организации идентифицируется посредством: 1) ношения специальной медицинской одежды или униформы для технических работников; 2) бейджей с указанием фамилии, имени, отчества (при его наличии) и занимаемой должности.
8.10	В организации проводится процедура оценки результатов работы специалистов на предмет: 1) соответствия целям и задачам, указанным в должностных инструкциях; 2) определения достижений и нуждающихся в повышении квалификации; 3) процедура документируется и подписывается сотрудником и руководителем подразделения; 4) подшивается к личному делу.
8.11	В организации существует механизм мониторинга деятельности всего клинического персонала, который включает: 1) мониторинг того, что клинический персонал имеет достаточную непрерывную клиническую практику для сохранения своей компетентности; 2) реагирование на проблемы, связанные с компетентностью персонала, посредством дополнительного наставничества, обучения или других процедур; 3) мониторинг того, что клинический персонал занимается клинической деятельностью в рамках своих полномочий и компетенций; 4) регулярную проверку сведений о профессиональной квалификации и компетенций сотрудников.
8.12	Составляется бюджет и ежегодный план по повышению квалификации специалистов на основе: 1) анализа потребностей в дополнительной подготовке сотрудников; 2) анализа потребностей организации, связанных с оказанием услуг.
8.13	В организации имеется политика непрерывного профессионального и дополнительного образования, предусматривающая: 1) регулярное повышение квалификации медицинских работников (не реже 1 раза в пять лет для врачей и среднего медицинского персонала); 2) средства для повышения квалификации.
8.14	Существует полная документированная информация о каждом сотруднике организации, включая записи об обучении, которая относится к конфиденциальной и хранится в защищенном месте.
8.15	В медицинской организации проводится анализ ключевых показателей управления человеческими ресурсами, таких как, текучесть кадров, удовлетворенность условиями труда, в том числе на основании анонимных опросов (анкетирования) сотрудников, результаты которых используются для улучшения (принимаются меры).

РАЗДЕЛ "С": УПРАВЛЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТЬЮ

9.0 БЕЗОПАСНОСТЬ ЗДАНИЙ

Окружающая среда организации является безопасной и комфортной для пациентов, персонала и посетителей.

9.1	Здания организации: 1) отвечают потребностям в площади и расположении подразделений при предоставлении услуг пациентам в повседневной работе и во время чрезвычайных ситуаций; 2) при обнаружении дефектов своевременно ремонтируются;
-----	--

	<p>3) отвечают требованиям строительных норм и правил;</p> <p>4) отвечают требованиям санитарных правил.</p>
9.2	<p>В организации принимаются меры по обеспечению безопасности в соответствии с письменной политикой и процедурами, с целью защиты:</p> <p>1) персонала, работающего в одиночку или в изолированном помещении;</p> <p>2) пациентов, посетителей и персонала от угрозы физического насилия и потери имущества в дневное и ночное время;</p> <p>3) лекарственных средств от краж и хищений;</p> <p>4) здания, оборудования и имущества от повреждения или утери.</p>
9.3	<p>По всей территории организации на видных местах установлены легко читаемые знаки по технике безопасности, включая знаки:</p> <p>1) направлений;</p> <p>2) запрета курения;</p> <p>3) запретных зон и прочих предупреждений;</p> <p>4) опасности радиоактивного излучения в помещении;</p> <p>5) противопожарного оборудования;</p> <p>6) схем эвакуации при чрезвычайных ситуациях;</p> <p>7) указателей ближайшего выхода.</p>
9.4	<p>Территория организации обслуживается в должном объеме и соответствует транспортным требованиям:</p> <p>1) имеются свободные подъездные пути;</p> <p>2) отведено парковочное место для автомобилей организации, автомобилей пациентов и посетителей.</p>
9.5	<p>В организации имеется возможность передвижения пациентов и посетителей с ограниченными физическими возможностями, и перемещения грузов:</p> <p>1) обеспечение работающих пассажирских лифтов в зданиях, состоящих из двух и более этажей, служебных лифтов в лечебные отделения выше второго этажа;</p> <p>2) пандус, подходящий для детских колясок, кресло-колясок, каталок и тележек.</p>
9.6	<p>Организация имеет функционирующие водопроводные и канализационные системы, отвечающие требованиям санитарных правил:</p> <p>1) объекты подключаются к централизованным системам холодного, горячего водоснабжения и канализации;</p> <p>2) при отсутствии в населенном пункте централизованной системы водоснабжения используется привозная или вода из устройства местной системы, которая соответствует санитарно-эпидемиологическим требованиям;</p> <p>3) при размещении объекта в не канализованных и частично канализованных населенных пунктах предусматривается местная система канализации и вывозная система очистки.</p>
9.7	<p>Окружающая обстановка в организации способствует комфорту и безопасности персонала и пациентов:</p> <p>1) системы вентиляции, кондиционирования и отопления обеспечивают оптимальные условия микроклимата;</p> <p>2) помещения с постоянным пребыванием людей обеспечиваются естественным освещением. Все производственные и вспомогательные помещения обеспечиваются искусственным освещением;</p> <p>3) естественная и искусственная освещенность помещений объектов определяется параметрами в соответствии с требованиями санитарных правил.</p>
9.8	<p>Организация с целью создания комфортной рабочей среды управляет своими коммунальными службами и сводит к минимуму потенциальные риски:</p> <p>1) имеет в наличии альтернативные источники электричества и воды для предупреждения воздействия перебоев работы коммунальных служб на систему жизнеобеспечения организации и инфекционный контроль;</p>

	2) обслуживание инженерных коммуникаций осуществляется квалифицированными, компетентными работниками, которые следуют надлежащим процедурам.
9.9	<p>Организация обеспечивает условия для поддержания гигиены пациентов и персонала:</p> <p>1) все имеющееся технологическое, санитарно-техническое, инженерное и другое оборудование находится в исправном состоянии;</p> <p>2) обеспечиваются твердым и мягким инвентарем, в том числе одноразовыми изделиями медицинского назначения, дезинфицирующими средствами.</p>
<p>10.0 УПРАВЛЕНИЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМИ СИТУАЦИЯМИ И ПРОТИВОПОЖАРНОЙ БЕЗОПАСНОСТЬЮ</p> <p>Организация сводит к минимуму риски возникновения пожара и готова к чрезвычайным и критическим ситуациям.</p>	
10.1	<p>Организация разрабатывает детальный план мероприятий на случай пожара или иной чрезвычайной ситуации, который включает:</p> <p>1) ответственность за управление и координирование мер экстренного реагирования;</p> <p>2) процесс уведомления аварийных служб и персонала;</p> <p>3) систему экстренной связи;</p> <p>4) процедуру эвакуации людей из здания в случае необходимости.</p>
10.2	Персонал проходит ежегодное обучение в соответствии с планом реагирования при чрезвычайной ситуации, включая процедуры ориентации персонала при эвакуации, и участвует в мероприятиях по учебной тревоге.
10.3	<p>Организация снижает риск возникновения пожара путем:</p> <p>1) использования огнестойких строительных материалов;</p> <p>2) обеспечения запасных путей эвакуации, таких как лестницы внутри здания и внешние пожарные лестницы;</p> <p>3) обеспечения достаточным количеством средств пожаротушения (гидранты, пожарные шланги, огнетушители, системы автоматического водяного пожаротушения), расположенных в соответствующих местах и обозначенных надлежащим образом;</p> <p>4) установки системы пожарной сигнализации и системы оповещения;</p> <p>5) использования техники и устройств, для ограничения распространения пожара (противопожарные барьеры, противопожарные стены, пожарные двери и аварийные выключатели).</p>
10.4	<p>Системы аварийной сигнализации:</p> <p>1) находятся в состоянии готовности и способны издавать звуковые сигналы, слышимые на необходимом расстоянии;</p> <p>2) имеют необходимые настройки, которые содержатся в рабочем состоянии, тестируются в соответствии с программой планово-предупредительного технического обслуживания, полученные данные документируются.</p>
10.5	<p>Из всех зон здания организации имеются пути эвакуации, включая:</p> <p>1) пути эвакуации в случае пожара, такие как дверные проемы, коридоры, пандусы или переходы, лестничные пролеты, всегда свободные от заграждений;</p> <p>2) пожарные и противоподымные двери, которые хорошо открываются и закрываются вручную;</p> <p>3) выходные двери, которые оставляются открытыми или фиксируются электрическими устройствами автоматического расцепления;</p> <p>4) запрет запираания выходных дверей, за исключением особых случаев, когда есть адекватные запасные выходы.</p>
10.6	<p>Воспламеняющиеся вещества, газовые баллоны и другие потенциально опасные материалы и химические вещества хранятся и используются включая:</p> <p>1) маркировку;</p> <p>2) запираание помещений и обеспечение герметичности;</p> <p>3) запираание контейнеров для хранения газовых баллонов или наличие ограждения, с целью недопущения посторонних лиц.</p>

11.0 БЕЗОПАСНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБОРУДОВАНИЯ И РАСХОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Организация использует оборудование, расходные материалы и медицинские приборы безопасно, эффективно и рационально.

11.1	Организация планирует закупки, модернизацию и замену медицинских приборов и оборудования для обеспечения планируемых услуг с целью обеспечения бесперебойной работы всех приборов и оборудования.
11.2	Внедрена программа профилактического технического обслуживания и ремонта приборов и оборудования, включающая: 1) наличие графика планового испытания, осмотра, технического обслуживания и ремонта; 2) наличие инструкций на основе руководств по эксплуатации производителя, соответствующих электрических стандартов, стандартов по обращению с опасными веществами; 3) выполнение калибровки.
11.3	Имеется процедура обнаружения и оповещения выявленных дефектов и отказов оборудования, включающая: 1) ведение журнала регистрации дефектов и неисправностей оборудования; 2) общепринятый бланк или журнал для персонала для подачи заявки на ремонт или замену оборудования; 3) достаточное количество расходных материалов для проведения технического обслуживания и ремонта; 4) регулярный обзор заявок; 5) решения о списании и утилизации подлежащего ремонту или устаревшего оборудования в соответствии с установленными критериями; 6) мониторинг и документирование всех заявок по ремонту, выполненных работ, произведенных закупок и время их выполнения.
11.4	Заключены договора с компаниями, обеспечивающими поставки запасных частей и/или технические услуги, услуги управления отходами, профилактическое техническое обслуживание и ремонт медицинского и электрооборудования, в которых: 1) установлены обязанности обеих сторон и требования к безопасности и качеству; 2) указаны дата поставки, стоимость; 3) содержатся условия контроля выполнения работ.
11.5	Организация обеспечивает безопасную и правильную эксплуатацию оборудования посредством: 1) того, что все сотрудники, эксплуатирующие как новое, так и имеющееся оборудование, и медицинские приборы, проходят обучение по безопасной эксплуатации и техническому обслуживанию; 2) того, что к эксплуатации специализированного оборудования допускаются квалифицированные специалисты, имеющие необходимые знания и навыки; 3) имеется в наличии и доступны для персонала правила по технике безопасности и инструкции по медицинскому оборудованию.
11.6	Системы связи обеспечивают незамедлительное информирование о любом инциденте и включают следующее: 1) наличие доступной телефонной связи во всех структурных подразделениях, а также для пациентов и ухаживающих лиц; 2) для пациентов функционирующую систему сигнального оповещения медицинского персонала.
11.7	Все оборудование (лечебно–диагностическое, автоклавы) подключены к контуру заземления.
11.8	Сотрудники службы лучевой диагностики защищены от радиоактивного облучения путем: 1) использования кабины радиационной защиты и других устройств и средств защиты; 2) использования индивидуальных дозиметров ежемесячно измеряемых на радиационный фон, при превышении нормы которого выполняются надлежащие меры; 3) проведения два раза в год радиационного контроля.

11.9	<p>Внедрена и используется система управления поставками (лекарственных средств, изделия медицинского назначения, прочие товары и услуги), предусматривающая:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) оценку потребностей в клинических и неклинических поставках для каждого отделения; 2) обеспечение своевременных поставок; 3) учет движения запасов и контроль объема складских запасов; 4) хранение товаров (лекарственных средств, изделий медицинского назначения и другие) в надлежащих условиях (на полках или на поддонах, в сухом и безопасном месте); 5) своевременную замену запасов до истечения срока годности.
11.10	<p>В организации имеется в достаточном количестве моющие и дезинфицирующие средства, соблюдается график закупок и имеются акты списания этих средств, персонал обучен правилам применения средств согласно инструкциям.</p>
11.11	<p>Лекарственные средства и изделия медицинского назначения приобретаются, исходя из потребностей пациентов, что включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) соответствие видам предоставляемых услуг; 2) соответствие утвержденным протоколам диагностики и лечения.
11.12	<p>Структурное подразделение по лекарственному обеспечению использует систему управления запасами, которая включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) использование системы резервного запаса (наличие минимального объема запасов); 2) наличие лекарственных средств и изделий медицинского назначения в наборе для экстренных случаев, немедленно восполняемых после использования; 3) проверку качества, количества, номера партии, даты производства и срока годности приобретенных лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения при проведении приема от поставщика; 4) наличие автоматизированной или иной системы учета для управления запасами и контроля истечения срока годности.
11.13	<p>Медикаменты хранятся в соответствии с групповой принадлежностью:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) защищены от неблагоприятного воздействия света, влаги и экстремальных температур; 2) защищены от вредителей; 3) при достаточной вентиляции.
11.14	<p>Температурный режим при хранении лекарственных средств отвечают требованиям производителя:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) холодильники запираются на замок и используются только для хранения лекарственных препаратов данного температурного режима; 2) ведется контроль и запись температурного режима холодильника, и предпринимаются меры при отклонении температуры от заданного диапазона.
<p>12.0 ЗДОРОВЬЕ УСЛОВИЯ ТРУДА</p> <p>Программа гигиены труда персонала способствует безопасным и здоровым рабочим условиям.</p>	
12.1	<p>Выполняются меры по поддержанию гигиены труда и здоровья персонала с документированием выполнения мер:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) биологический скрининг и профилактика риска профессионального заражения вирусами гепатита А, В и С, ВИЧ; 2) по необходимости, обеспечение механическими подъемными устройствами для пациентов и обучение персонала обращением с ними; 3) профилактику получения травм иглой и повреждения глаз; 4) контроль радиационной безопасности (если применимо); 5) обеспечение удобным рабочим местом.
	<p>Организация предоставляет средства и услуги для обеспечения здоровья сотрудников, включающая :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) аптечки или наборы для оказания первой помощи; 2) срочный осмотр и лечение (производственной травмы, уколы от неосторожного обращения с иглами, повреждения глаз);

12.2	3) контроль рабочей нагрузки и психологическая поддержка для минимизации стресса и его контроля. 4) персоналу, который подвергается потенциальным опасностям при выполнении своих служебных обязанностей, предоставляется соответствующая защитная одежда (спецодежда, фартуки, маски, перчатки, колпаки, защитные очки, для сотрудников радиологической службы - свинцово-резиновые фартуки).
12.3	Сотрудники обучаются технике безопасности, включая: 1) безопасность на рабочем месте; 2) выявление и сообщение о происшествиях, авариях и несчастных случаях, в которых пациенты, персонал были травмированы или могли быть травмированы на рабочем месте при выполнении служебных обязанностей.
12.4	Организация ежегодно оценивает удовлетворенность сотрудников условиями труда, гарантируя: 1) ознакомление персонала с результатами проведенного исследования; 2) принятие управленческих мер по результатам выявленных проблем.
12.5	Проводится регулярная (ежеквартальная, ежегодная) дезинсекция и дератизация помещений с обязательным документированием.
Инциденты, несчастные случаи и неблагоприятные события.	
12.6	Информация об инцидентах, несчастных случаях и неблагоприятных событиях, в том числе о потенциально опасных происшествиях: 1) предоставляется в соответствующей форме, доступной во всех местах и в установленные сроки; 2) записывается в медицинскую карту пациента или личное дело сотрудника; 3) в случае аварии регистрируется в журнале аварийных ситуаций; 4) сообщается в соответствующие органы при получении серьезной травмы работника или пациента; 5) вносится в централизованный журнал регистрации инцидентов для последующего анализа; 6) оперативно расследуются согласно установленной процедуре.
12.7	Результаты расследования инцидентов, несчастных случаев и неблагоприятных событий: 1) проанализированы с целью выявления причины происшествия; 2) передаются соответствующей комиссии или подразделению, и используются для улучшения процессов или дополнительного обучения персонала; 3) доведены до сведения персонала, вовлеченного пациента или его семьи.
12.8	Данные об инцидентах, несчастных случаях и потенциально опасных происшествиях рассматриваются не реже одного раза в год с целью выявления тенденций, а информация предоставляется руководству и сотрудникам, для возможности дальнейшего использования с целью предотвращения травматизма или вреда.
13.0 БЕЗОПАСНОСТЬ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ	
Обеспечение пациентов и персонала безопасными условиями питания с соблюдением требований санитарных правил.	
13.1	Запасы продовольственного сырья, продуктов питания для составления сбалансированного меню для пациентов имеются в достаточном количестве, наличие маркировки, сопровождается документами, удостоверяющими их качество, безопасность и документами, обеспечивающими их прослеживаемость, происхождение.
	Хранение, обработка, приготовление и распределение продуктов питания проводится согласно требований санитарных правил: 1) сухие продукты питания хранятся на защищенных полках; 2) жидкие, сырые продукты и приготовленная пища хранятся в закрытых маркированных контейнерах; 3) сырые и готовые продукты хранятся в холодильнике отдельно; 4) в достаточном количестве имеется оборудование для хранения, транспортировки и поддержания безопасной температуры пищи до и во время распределения;

13.2	<p>5) соблюдение поточности технологического процесса;</p> <p>6) наличие еженедельной меню-раскладки с учетом утвержденной нормы питания;</p> <p>7) обеспечивается хранение ежедневно суточной пробы на пищеблоке и соблюдение условий его хранений;</p> <p>8) наличие маркировки инвентаря, тары, посуды;</p> <p>9) раздельное хранение пищевой продукции по видам с соблюдением принципа товарного соседства;</p> <p>10) хранение пищевых продуктов на стеллажах, поддонах, подтоварниках.</p>
13.3	Наличие спецодежды у персонала пищеблока, раздаточной и прохождение медицинского осмотра.
13.4	Холодильные и морозильные установки используются для хранения скоропортящихся продуктов. Температура внутри установки контролируется и записывается ежедневно в разное время суток, при любом отклонении от нормы предпринимаются меры по их устранению.
13.5	Наличие холодильного и морозильного оборудования согласно количеству и объекту принимаемого сырья и готовой продукции.
13.6	Все помещения в организации соответствуют санитарным правилам, содержатся в чистоте, без насекомых и грызунов, разделены по функциональным зонам, таким как, раздача пищи и мытье посуды.
13.7	<p>Пищеблок регулярно проверяется на наличие:</p> <p>1) работающего кухонного оборудования и технологического оборудования для приготовления пищи;</p> <p>2) маркировки уборочного инвентаря в соответствии с его предназначением;</p> <p>3) отдельных разделочных столов, ножей и досок для резки сырых и вареных продуктов;</p> <p>4) столов для работы с продуктами из нержавеющей стали или прочного алюминия;</p> <p>5) столов для разделки сырого мяса из оцинкованного железа с закругленными углами;</p> <p>6) отдельных раковин для мытья овощей и посуды;</p> <p>7) планировка дает возможность разделения функций;</p> <p>8) помещения содержатся в чистоте и отвечают санитарно-эпидемиологическим требованиям;</p> <p>9) ежедневная органолептическая оценка качества блюд с ведением записи в журнале установленной формы.</p>
13.8	Наличие производственного контроля
13.9	Квалифицированный врач-диетолог или диетсестра осуществляют надзор за приготовлением блюд диетических столов для пациентов.
14.0 ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ	
Организация проводит контроль и профилактику инфекционных заболеваний.	
14.1	Для профилактики и снижения распространения внутрибольничной инфекции, организация коллективно разрабатывает программу по инфекционному контролю, выполняемую во всех структурных подразделениях организации.
14.2	<p>Надзор за программой инфекционного контроля осуществляется комиссией по инфекционному контролю, состоящей из представителей соответствующих структурных подразделений, имеющей четкий круг полномочий и ответственной за:</p> <p>1) разработку и мониторинг программы инфекционного контроля;</p> <p>2) утверждение и обзор всех политик и процедур по инфекционному контролю и проведение мероприятий;</p> <p>3) координацию всех мероприятий по инфекционному контролю;</p> <p>4) рассмотрение и анализ данных по инфекционному контролю не реже одного раза в год;</p> <p>5) принятие надлежащих мер при выявлении недостатков инфекционного контроля;</p> <p>6) оценку эффективности принятых мер.</p>
	Программа инфекционного контроля реализуется квалифицированными специалистами (медицинские сестры и/или врачи), в чьи должностные обязанности входит:

14.3	<p>1) реализация программы инфекционного контроля, учитывая рекомендации и замечания сотрудников и пациентов, где применимо;</p> <p>2) реализация политик;</p> <p>3) обучение персонала;</p> <p>4) консультации по инфекционному контролю;</p> <p>5) разработка и применение методов контроля, включая обзор методов борьбы с инфекцией;</p> <p>6) предоставление отчетов и рекомендаций.</p>
14.4	<p>Проводится регулярный сбор, сравнение и анализ информации о выявленных случаях инфекций для оценки эффективности мероприятий и показателей по инфекционному контролю:</p> <p>1) результаты своевременно сообщаются в комиссию по инфекционному контролю и руководству клиники и соответствующим сотрудникам;</p> <p>2) используются стандартные определения для выявления и классификации случаев инфекции, показателей и результатов.</p>
14.5	<p>Проводятся регулярные обзоры клинических и параклинических практик для анализа рисков инфекции, методов инфекционного контроля и потребностей персонала в обучении, включающие:</p> <p>1) обходы;</p> <p>2) изучение истории болезни пациентов, лабораторных отчетов и записей о назначении лекарственных средств;</p> <p>3) лабораторные анализы культур из взятых проб и смывов от намеченных участков с возможным риском инфекции;</p> <p>4) уведомления, выдаваемые медицинскому персоналу.</p>
14.6	<p>В случае возникновения инфекции, персонал следует оформленным документально процессам, чтобы:</p> <p>1) незамедлительно выявить, отреагировать и локализовать инфекцию;</p> <p>2) изолировать инфицированных пациентов;</p> <p>3) выявлять источник и пути распространения инфекции, включая отслеживание всех контактов;</p> <p>4) проконсультироваться с государственными органами здравоохранения или специалистами по инфекционным заболеваниям;</p> <p>5) использовать результаты расследований, чтобы предотвратить повторное возникновение данной формы инфекции;</p> <p>6) сообщить в государственные органы здравоохранения.</p>
14.7	<p>Лабораторный и медицинский персонал, а также медицинские работники, имеющие право назначать лекарственные препараты, работают совместно для того, чтобы:</p> <p>1) незамедлительно выявить и отреагировать на присутствие новых и резистентных вирусов и бактерий;</p> <p>2) следовать стратегиям назначения антибиотиков, которые поддерживают осторожное их использование в лечении инфекций, включая ограничение использования антибиотиков широкого спектра действия;</p> <p>3) проводить наблюдение за множественными резистентными организмами и организмами, связанными с использованием антибактериальных препаратов, как часть программы инфекционного контроля.</p>
14.8	<p>Персонал регулярно проходит инструктаж и своевременно получает обновленную информацию по всем аспектам инфекционного контроля, касающуюся сферы их деятельности, включая:</p> <p>1) программу инфекционного контроля;</p> <p>2) тщательное мытье и дезинфекцию рук;</p> <p>3) стандартные процедуры предосторожности относительно передачи инфекций;</p> <p>4) политики, процедуры, руководства и принципы инфекционного контроля.</p>
14.9	<p>Персонал, имеющий прямой контакт с пациентом моет и дезинфицирует руки:</p> <p>1) перед осмотром или лечением пациентов;</p> <p>2) после осмотра или лечения пациентов;</p>

	3) после физического контакта с любыми материалами или оборудованием в окружении пациента; 4) после снятия перчаток.
14.10	Стандартные инструкции и диаграммы по мытью и дезинфицированию рук размещены во всех отделениях и в местах пребывания пациентов и над раковинами.
14.11	Персонал следует документированным процедурам при: 1) обработке, очистке поверхностей; 2) очистке, дезинфекции и стерилизации оборудования, материалов и медицинских приборов в соответствии с инструкциями производителя; 3) сборе, транспортировке, обработке и хранении грязного и чистого белья для предотвращения инфицирования.
14.12	Технологическая цепочка (последовательность) гигиенических мероприятий от "грязного" до "чистого" обеспечивается путем четкого разделения "грязных" и "чистых" участков, включая отдельные входы и выходы в операционную, прачечную и в центральное стерилизационное отделение.
14.13	Индикатор по внутрибольничным инфекциям: 1) оценивается за определенный период времени; 2) анализируется для возможных действий; 3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
14.14	Индикатор по обучению персонала гигиене рук: 1) оценивается за определенный период времени; 2) анализируется для возможных действий; 3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
14.15	Индикатор реализации правил по гигиены рук в организации: 1) оценивается за определенный период времени; 2) анализируется для возможных действий; 3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
Управление отходами	
14.16	Сбор, временное хранение и вывоз медицинских отходов выполняется в соответствии со схемой обращения с отходами, принятом в объекте здравоохранения, который предусматривает: 1) качественный и количественный состав образующихся отходов; 2) порядок сбора отходов; 3) применяемые способы обеззараживания (обезвреживания) и удаления отходов; 4) гигиеническое обучение персонала правилам эпидемической безопасности при обращении с отходами.
14.17	Для временного хранения медицинских отходов класса Б, В, Г на объекте здравоохранения выделяется отдельное помещение. Комната для хранения медицинских отходов оборудуется вытяжной вентиляцией, холодильным оборудованием для хранения биологических отходов, стеллажами, контейнерами для сбора пакетов с медицинскими отходами, раковиной с подводкой горячей и холодной воды, бактерицидной лампой.
14.18	Для сбора отходов используются одноразовые, водонепроницаемые мешки, пакеты, металлические и пластиковые емкости, контейнеры для сбора и безопасной утилизации. Для сбора каждого класса отходов используются мешки, пакеты различной окраски (отходы класса А – белую, Б – желтую, В – красную, Г – черную), контейнеры, емкости – маркировку. Металлические и пластиковые емкости, контейнеры для сбора опасных отходов плотно закрываются.
14.19	Персонал проходит предварительные и периодические медицинские осмотры, обеспечивается комплектами спецодежды и средствами индивидуальной защиты (халаты, комбинезоны, перчатки, маски, респираторы, специальная обувь, фартуки, нарукавники). К работе с отходами не допускаются лица моложе 18 лет.

РАЗДЕЛ "D": УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ

15.0 ПРАВА ПАЦИЕНТА И СЕМЬИ

Организация реализует политику по защите прав пациентов и их семей

15.1 Информация о правах и обязанностях пациента и семьи размещена на государственном и русском языках в местах пребывания пациентов и включает право на:

- 1) достоинство и уважительное отношение;
- 2) охрану и безопасность, защиту от физического насилия;
- 3) неприкосновенность частной жизни;
- 4) конфиденциальность информации;
- 5) участие в принятии решений по уходу и принятие информированного решения;
- 6) подачу жалобы/обращений.

15.2 В местах ожидания и в других местах пребывания пациентов выставлен информационный стенд:

- 1) об объеме оказываемых услуг;
- 2) о перечне услуг, предоставляемых на бесплатной основе, также прейскурант цен на платные услуги;
- 3) о процедуре подачи жалоб/обращений и предложений.

15.3 В организации имеется процедура:

- 1) обучения сотрудников по соблюдению прав пациента и его родственников;
- 2) мониторинга знаний и соблюдения персоналом прав пациента и семьи;
- 3) информирования пациентов и их семей с правами и обязанностями;
- 4) своевременного и эффективного расследования и разрешения случаев нарушения прав пациента.

15.4 Организация обеспечивает приватность и конфиденциальность информации о пациенте путем:

- 1) информирования персонала об ответственности за соблюдение конфиденциальности информации;
- 2) обеспечение доступа к информации о пациентах только уполномоченным лицам или по запросу, имеющему законное обоснование;
- 3) получения согласия пациентов на раскрытие их личной информации их семьям и другим организациям;
- 4) соблюдения приватности – имеются ширмы и прикрываются оголенные участки тела;
- 5) участия в уходе посторонних лиц только с согласия пациента.

Средства для удобства пациента и его семьи (при наличии)

15.5 Организация обеспечивает для пациентов благоприятные условия для пребывания и встреч с посетителями посредством:

- 1) наличия холлов или площадок с диванами или скамейками; помещения в отделениях с телевизором, игрушками для детей, журналами;
- 2) гибких графиков для посещения больных;
- 3) предоставления возможности родственникам или другим лицам участвовать в уходе за больными с согласия пациента;
- 4) наличия места рядом с пациентом, оборудованного для родственника или лица, осуществляющего уход.

15.6 Для пациентов с ограничением способности к передвижению имеются вспомогательные средства для передвижения, поручни и перила, кресло-коляски, костыли и трости, а также предоставляется персонал для помощи таким пациентам.

Информация для пациентов и получение их согласия

15.7 Пациентам и их семьям (при наличии) предоставляется полная информация в доступной форме:

- 1) о состоянии здоровья пациента;
- 2) о планируемом лечении;
- 3) о стоимости, возможных рисках и пользе предлагаемого лечения или обследования;
- 4) об альтернативных методах лечения и/или диагностики.

15.8	<p>После предоставления информации организации получает согласие пациента:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в письменном виде с записью его в историю болезни на инвазивные процедуры или операции; 2) в письменном виде на его участие в клиническом исследовании, тестировании лекарственных средств и/или новых медицинских технологий.
15.9	<p>Пациенту и его семье (при наличии) предоставляется информация относительно направления в другую медицинскую организацию, такая как стоимость, проезд, время, продолжительность лечения и ожидаемый результат.</p>
15.10	<p>Пациенты и их семьи (при наличии) обеспечиваются информацией об уходе и заболевании посредством:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) регулярных бесед (обучения), проводимых медицинскими работниками; 2) предоставления видеоматериалов, брошюр и другой информации о профилактике заболевания и пропаганде здорового образа жизни, которые находятся в доступных местах.
Порядок подачи обращений пациентом	
15.11	<p>В организации существует и используется процесс получения обращений от пациентов и их семей относительно нарушения их прав, в котором:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) обеспечивается информирование пациентов и их семей о том, как подать обращение внутри организации и вне организации; 2) упрощается процедура путем предоставления готовых бланков для обращений или принятия обращений в произвольном или устном виде; 3) обращение передается ответственному лицу для расследования.
15.12	<p>Существует документальный процесс сбора, приоритизации, расследования, а также справедливого и своевременного удовлетворения обращений, что включает следующее:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) подтверждение поступления обращения (если по обращению еще не были приняты меры к удовлетворению пациента и его семьи); 2) расследование обращений, опрос вовлеченных сотрудников; 3) вынесение решения по обращению; 4) при необходимости, принятие мер; 5) информирование пациента и членов его семьи о ходе и результате расследования.
15.13	<p>Обращения заносятся в журнал регистрации, мониторируется процесс работы с обращениями, и результаты используются для повышения качества.</p>
Отзывы пациентов	
15.14	<p>Организация регулярно измеряет степень удовлетворенности пациентов и их семей услугами путем:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) предоставления пациентам и населению контактных данных (почтовый и электронный адрес) для обратной связи; 2) ведения записи замечаний, пожеланий и благодарностей, полученных в письменном виде, по телефону или лично от пациентов; 3) проведения анкетирования пациентов с целью определения удовлетворенности пациентов для оценки качества оказания услуг, работы персонала и где применимо, системы оплаты; 4) анализа данных и определения тенденций, которые используются для повышения качества.
16.0 ДОСТУП К УХОДУ, ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ПЛАНИРОВАНИЕ УХОДА	
После госпитализации проводится первичный осмотр с участием мультидисциплинарной команды и определяется план лечения или ухода за пациентом.	
16.1	<p>Доступность услуг организации для населения осуществляется путем:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) предоставления бесплатного обслуживания в соответствии с Перечнем гарантированного объема бесплатной медицинской помощи; 2) удобного графика работы служб для групп пациентов в соответствии с предоставляемыми услугами; 3) информирования населения об объеме услуг, графике работы

16.2	Пациента госпитализируют обоснованно, согласно утвержденным критериям госпитализации или перечню оказываемых услуг.
16.3	<p>Госпитализированным пациентам и их семьям:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) объясняют правила пребывания в организации, часы посещения; 2) роль гигиены рук в предотвращении инфекций, объясняют, как обрабатывать руки, показывают, где находятся туалеты, душевые и раковины, которые находятся в рабочем состоянии и доступны круглосуточно; 3) пациентам выделяют койку с чистым бельем; 4) информация о необходимой сменной одежде, обуви.
Осмотр пациента	
16.4	Пациентам проводится осмотр с участием мультидисциплинарной команды (реабилитолог, невролог, физиотерапевт или специалист по ЛФК, средний медперсонал по уходу и другие специалисты) в течение 8 часов после госпитализации.
16.5	<p>Первичный осмотр пациента проводится согласно утвержденной форме осмотра, где документируется следующее:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) жизненно важные показатели (температура, давление, пульс, частота дыхания); 2) анамнез заболевания; 3) аллергологический и медикаментозный анамнез; 4) физикальный осмотр (по системам); 5) оценка боли; 6) оценка риска падения; 7) оценка функционального статуса (способность к самообслуживанию); 8) оценка психологического, социально-экономического статуса; 9) если применимо, духовных потребностей; 10) признаки насилия, жестокого или невнимательного обращения (синяки или царапины на коже или из опроса); 11) нутриционный скрининг.
16.6	<p>В организации есть процесс выявления жертв насилия, жестокого или невнимательного обращения:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) определены критерии, по которым информация о таких пациентах должна сообщаться в соответствующие внешние организации; 2) при наличии признаков насилия, жестокого или невнимательного обращения (синяки или царапины на коже или из опроса), медицинская организация сообщает об этом в соответствующие организации и принимает меры по их предотвращению; 3) персонал обучен правилам и процессу выявления жертв насилия, жестокого или невнимательного обращения
Планирование лечения и ухода за пациентом	
16.7	Мультидисциплинарная команда (реабилитолог, невролог, физиотерапевт или специалист по ЛФК, средний медперсонал по уходу и другие специалисты по необходимости) коллективно определяет первичный диагноз и план лечения и ухода, которые документируются в медицинской карте.
16.8	<p>План лечения и ухода обоснован:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) отражает потребности пациента согласно осмотру и исследованиям, 2) содержит цели и ожидаемые результаты ухода, 3) соответствует утвержденным протоколам диагностики и лечения.
17.0 ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ.	
Своевременное и безопасное лечение и уход за пациентом предоставляются в соответствии с планом лечения и ухода за пациентом и предоставление услуг завершается согласно плану.	
17.1	Медперсонал, участвующий в уходе за пациентом, ознакомлен с планом ухода.
17.2	План лечения и ухода своевременно реализуется (выполняется).

17.3	Для каждого пациента определяется одно лицо (лечащий врач или координатор лечения), ответственное за его лечение и уход в течение пребывания пациента организации. При смене этого лица, пациенту сообщается, кто будет его заменять.
17.4	Состояние пациентов повторно оценивают через промежутки времени, определенные в правилах организации, чтобы: 1) определить реакцию на реабилитационное или иное лечение; 2) запланировать дальнейшее лечение или выписку пациента. Результаты повторных осмотров, динамика состояния пациента в достижении целей лечения и ухода документируются в медицинской карте.
17.5	Пациенты могут получить помощь по требованию: 1) имея легкодоступный функционирующий звонок (кнопку) вызова у кровати и в ваннных комнатах /туалетах для пациентов; 2) медицинский персонал доступен в любое время в соответствии с графиком дежурств; 3) дежурный врач осматривает пациентов, требующих специального лечения, и вносит данные осмотра в медицинскую карту пациента.
17.6	Регулярно проводится оценка боли пациентов с использованием соответствующего инструмента/ шкалы, по данным оценки проводится снижение боли в соответствии с правилами организации.
17.7	Безопасность пациента обеспечивается путем: 1) идентификации пациента двумя различными методами во время раздачи лекарственных препаратов, при переливании крови и продуктов крови, при заборе образцов крови и других образцов для клинического анализа или предоставлении любого другого лечения или процедуры; 2) верификации участка тела до проведения диагностической или лечебной процедуры; 3) использования процесса принятия устной или телефонной информации с проверочным повтором записанного полного текста информации лицом, получившим эту информацию.
17.8	Риск падения для каждого пациента: 1) оценивается повторно с записью в медицинской карте – через регулярные промежутки времени, а также после приема лекарств, повышающих риск падения (вызывающих головокружение, слабость), после процедур, повышающих риск падения (физиотерапия и тому подобное), 2) снижается или устраняется путем принятия мер (сопровождение пациента).
17.9	В течение всего времени оказания услуг пациенту поддерживается целостность и непрерывность путем: 1) совместных обходов, консилиумов; 2) передачи достаточной информации о пациентах при сдаче дежурства между сменами; 3) преемственности между службами и подразделениями; 4) ведения медицинской карты пациента с внесением точных и своевременных записей о динамике состояния.
17.10	План лечения пациента пересматривается в соответствии с результатами повторных осмотров и прогрессом в достижении определенных целей.
17.11	Индикатор по идентификации пациентов: 1) оценивается за определенный период времени; 2) анализируется для возможных действий; 3) данные предоставляются во время аккредитационного обследования.
17.12	Индикатор по передаче информации (при передаче смены, смена службы, передвижение между службами): 1) оценивается за определенный период времени; 2) анализируется для возможных действий; 3) данные предоставляются во время аккредитационного обследования.
Окончание обслуживания	

17.13	<p>Персонал готовит пациентов к переводу, выписке или окончанию обслуживания, и последующему лечению, там, где применимо, путем:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) планирования окончания услуг, поставляемых пациенту и его семье; 2) оценки и документирования готовности пациента к выписке/ переводу и его текущих потребностей; 3) с участием других лечебных организаций там, где требуется дальнейший уход или лечение (направление пациента в другие лечебные учреждения или в другие организации); 4) выдачей рекомендаций по дальнейшему уходу.
17.14	<p>Выписной эпикриз оформляется и</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) выдается пациенту до выписки или перевода; 2) содержит <ul style="list-style-type: none"> - причины госпитализации, - значимые заключения, - диагноз, - проведенное лечение иди уход, выполненные процедуры, принятые медикаменты, - состояние пациента при выписке, - указание того, были ли достигнуты цели ухода и лечения, - рекомендации по дальнейшему лечению и уходу пациента.
18.0 ЛАБОРАТОРНАЯ СЛУЖБА	
Объем лабораторных услуг в организации четко определен	
18.1	Оказываемые услуги и их организация четко описаны (имеется список услуг и стандартные операционные процедуры)
18.2	Подготовлен и реализован План повышения качества
18.3	Руководитель лабораторной службы имеет соответствующую квалификацию (включая клинические и управленческие требования).
18.4	<p>Должностная инструкция руководителя лабораторной службы включает следующие обязанности:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) обзор клинической и технической компетентности персонала; 2) передача полномочий, если применимо; 3) участие в разборе жалоб; 4) консультативная помощь при оценке нового оборудования; 5) оказание консультативной помощи по клиническим и техническим процедурам, современной наилучшей практике и важным научным находкам для клинического и технического персонала; 6) организация разработки всех клинических и технических правил, процессов и процедур; 7) несет ответственность за создание и функционирование системы управления качеством лабораторных услуг.
18.5	Руководитель лабораторной службы обеспечивает функционирование системы управления качеством лабораторных услуг.
18.6	Руководитель лабораторной службы обеспечивает, чтобы все лабораторные услуги предоставлялись в соответствии с установленными правилами и процедурами оказания услуг.
18.7	Руководитель лабораторной службы обеспечивает, чтобы проводился непрерывный мониторинг качества и выполнялся текущий план повышения качества.
Ресурсы, имеющиеся для оказания качественных лабораторных услуг	
18.8	Имеется надлежащая численность компетентного персонала, способного оказывать объем услуг лаборатории.
	<p>Имеется надлежащее оборудование для оказания объема услуг лаборатории, а также определены процедуры использования оборудования:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) отбор; 2) квалификация, включая установку, работу и результативность; 3) идентификация и использование;

18.9	<p>4) техническое обслуживание;</p> <p>5) калибровка;</p> <p>6) система сигнализации, если применимо;</p> <p>7) информационные системы, включая системы электронной записи;</p> <p>8) система обеспечения бесперебойного электропитания оборудования.</p>
18.10	Здание и инфраструктура лаборатории соответствуют для безопасного оказания объема услуг лаборатории.
<p>19.0 МЕНЕДЖМЕНТ МЕДИКАМЕНТОВ</p> <p>Управление и использование лекарственных средств является безопасным, эффективным и рациональным</p> <p>.</p>	
19.1	<p>Сертифицированный квалифицированный фармацевт доступен в любое время и:</p> <p>1) проводит выбор, заказ, раздачу и распределение лекарственных средств;</p> <p>2) контролирует фармацевтические услуги, предоставляемые медицинским персоналом;</p> <p>3) проводит мониторинг назначенных лекарственных средств;</p> <p>4) предоставляет консультации персоналу и пациентам.</p>
19.2	<p>Организация использует утвержденный перечень основных лекарственных средств (лекарственный формуляр), который:</p> <p>1) подготовлен с учетом предоставляемых услуг, нужд пациента, научной обоснованности и экономической эффективности и доступности;</p> <p>2) включает все необходимые терапевтические группы лекарственных препаратов;</p> <p>3) включает списки лекарственных препаратов высокого риска, применяемых в организации;</p> <p>4) доступен для медицинского персонала во всех клинических подразделениях;</p> <p>5) является текущим и обновляется не менее одного раза в год.</p>
19.3	<p>Реанимационная сумка или тележка с лекарственными препаратами, которые могут срочно потребоваться в критических ситуациях, например, при остановке сердца:</p> <p>1) имеется в наличии во всех местах, где находятся пациенты;</p> <p>2) когда не используется, закрыта или прикреплена к стене (в случае с тележкой);</p> <p>3) укомплектована в соответствии с утвержденным перечнем;</p> <p>4) доукомплектовывается после использования, включая инструкции по оказанию неотложной помощи.</p>
19.4	<p>Заказ, хранение, использование и списание лекарственных средств, подлежащих строгому учету, регулируются в соответствии с утвержденными положениями и процедурами:</p> <p>1) хранение осуществляется в отдельном металлическом шкафу, прочно фиксированном к стене или полу;</p> <p>2) заказ составляется уполномоченным специалистом с заполнением четной-отчетной документации;</p> <p>3) все дозы были подсчитаны и зарегистрированы в книге учета медикаментов.</p>
19.5	Все лекарственные средства с истекшим сроком годности или списанные по иным причинам (в том числе и препараты, возвращенные пациентами, неиспользованные лекарственные средства, подлежащие строгому учету), безопасно утилизируются в соответствии с письменной процедурой.
19.6	<p>Организация разрабатывает подходы по повышению безопасности использования лекарственных средств:</p> <p>1) концентрированные лекарственные средства хранятся отдельно от других лекарственных средств с дополнительным предупреждением, напоминающим персоналу о необходимости разбавления перед использованием;</p> <p>2) запрещено хранение концентрированных электролитов (включая хлорид калия, фосфат калия, хлорид натрия >0.9 %, сульфат магния и других электролитов) в зонах пребывания пациентов;</p> <p>3) все лекарственные средства, контейнеры для медикаментов, шприцы, системы для внутривенного вливания, поильники и др., находящиеся в стерильных зонах, маркируются;</p>

	4) внедрены и используются процессы с целью предотвращения ошибок назначения и применения препаратов высокого риска и концентрации, препаратов, имеющих схожую упаковку, или созвучных препаратов.
19.7	В организации имеется система, которая обеспечивает, что рецепты: 1) выдаются только уполномоченными медицинскими работниками, имеющими право назначать рецептурные препараты (зарегистрированными практикующими врачами); 2) заполнены разборчивым почерком и должным образом подписаны врачом; 3) включают возраст и пол пациента, предварительный или подтвержденный диагноз, частоту и продолжительность приема, дозу, форму лекарственных препаратов.
19.8	Персонал следует письменной политике, включая временные рамки и способ заказа, для устных заказов медикаментов в чрезвычайных обстоятельствах, которые были согласованы медицинским, медсестринским и фармацевтическим персоналом.
19.9	Все лекарственные препараты, выданные из аптеки и расфасованные, согласно этапам лекарственного менеджмента, должны по меньшей мере, иметь следующую маркировку: 1) наименование лекарственного препарата и указание его концентрации; 2) срок годности; 3) принимаемая доза и частота; 4) прочие письменные инструкции по использованию, в случае необходимости.
19.10	Пациенту, включая пациента на выписку, предоставляется письменная и устная информация относительно выписанного лекарственного препарата, включая: 1) стоимость, если применимо; 2) положительное действие (эффективность) и побочные эффекты; 3) риски несоблюдения инструкций; 4) безопасный и соответственный способ использования лекарственного препарата.
19.11	Имеется утвержденная больничная форма для назначений лекарственных препаратов, согласно которой назначаются все лекарственные препараты для отдельного клиента/пациента.
19.12	Все лекарственные препараты для отдельного пациента выписываются согласно утвержденной больничной форме, листа назначения медикаментов или лекарственного формуляра медицинской организации: 1) ФИО (при его наличии) пациента; 2) дата; 3) лекарственный препарат, принимаемая доза и частота, и выдаваемое количество; 4) продолжительность приема; 5) ФИО (при его наличии) назначившего врача.
19.13	Организация определяет политику и процедуры по безопасному и точному назначению лекарственных препаратов, включая следующее: 1) лекарственные препараты назначаются только врачами; 2) лекарственные препараты назначаются в соответствии с пятью "правильно" - правильное лекарство, правильная доза, правильный способ применения, правильное время и правильный пациент; 3) пациентов информируют относительно побочных эффектов лекарственных препаратов; 4) когда и как лекарственные препараты можно принимать самому; 5) безопасная дозировка педиатрических лекарственных препаратов в случае критической ситуации, если применимо; 6) показания к назначению парентерального питания; 7) документальное фиксирование каждой принятой дозы лекарственного препарата.
	Безопасному, эффективному и экономному использованию лекарственных препаратов способствует фармацевтическая служба по мониторингу назначений посредством: 1) определения несоответственного лекарственного препарата; 2) мониторинга неблагоприятных реакций;

19.14	<p>3) мониторинга всех лекарственных препаратов с высоким риском;</p> <p>4) мониторинга антибиотиков на рациональное использование;</p> <p>5) мониторинга раздачи и других ошибок с медикаментами;</p> <p>6) проверки адекватности маркировки лекарственных препаратов и информации на листке-вкладыше в упаковке;</p> <p>7) визуального контроля лекарственных препаратов, для того, чтобы оценить их качество и сроки годности;</p> <p>8) способствования назначению экономичных и недорогих лекарственных препаратов.</p>
19.15	<p>Индикатор надлежащего использования профилактических антибиотиков (обязательное и своевременное введение):</p> <p>1) оценивается за определенный период времени;</p> <p>2) анализируется для возможных действий;</p> <p>3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.</p>
19.16	<p>Индикатор ошибок при назначении и предоставлении медикаментов (неправильное лекарство, неверная доза, неверное применение):</p> <p>1) оценивается за определенный период времени;</p> <p>2) анализируется для возможных действий;</p> <p>3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.</p>
<p>20.0 МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА</p> <p>Записи в медицинской карте пациента содержат достоверные, точные и всесторонние данные, и призваны для обеспечения безопасного и непрерывного лечения за пациентом.</p>	
20.1	<p>Персонал следует документированному процессу управления медицинскими записями о пациентах, включающему:</p> <p>1) проводимые записи, включая присвоение пациентам идентификатора;</p> <p>2) использование только общеизвестных символов и сокращений;</p> <p>3) поддержание стандартизованного формата с целью облегчения поиска информации в медицинских записях;</p> <p>4) своевременное оформление медицинской документации медицинскими сотрудниками;</p> <p>5) хранение, защиту, восстановление и архивирование медицинской документации пациента.</p>
20.2	<p>На каждого пациента оформляется медицинская карта, включающая всю информацию от врачей и оформленную в хронологическом порядке, благодаря которой возможна эффективная коммуникация и непрерывность лечения и ухода, включая:</p> <p>1) дату и время поступления;</p> <p>2) анамнез заболевания;</p> <p>3) оформленный документально диагноз по каждой записи, сделанной другой службой;</p> <p>4) клинический осмотр;</p> <p>5) план лечения и ухода за пациентом, включая цели и ожидаемые результаты;</p> <p>6) план последующих действий в уходе за пациентом;</p> <p>7) назначения лекарственных средств;</p> <p>8) планирование лечебно-диагностических исследований и интерпретация полученных результатов;</p> <p>9) прочие детали ухода и лечения.</p>
20.3	<p>Записи в медицинской карте пациента, включая изменения, вносятся только уполномоченными лицами и отвечают следующим требованиям:</p> <p>1) вести записи разборчиво;</p> <p>2) производить записи своевременно;</p> <p>3) подписать с указанием ФИО (при его наличии);</p> <p>4) включать дату и время проводимых мероприятий;</p>
20.4	<p>В медицинской карте имеются записи, предупреждающие персонал о наличии неблагоприятного фона у пациента, таком как аллергический анамнез, неблагоприятные реакции на лекарственные средства, радиоактивная опасность и риск заражения.</p>

20.5	<p>В медицинской карте пациента имеется свидетельство о реализации плана лечения и ухода за пациентом, включающее следующие пункты:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) наблюдение; 2) записи о консультациях; 3) сведения и результаты вмешательств, и полученное информированное согласие; 4) записи обо всех значительных событиях, 5) реакцию организма на лечение и уход, а также прогресс в достижении целей; 6) любые потенциально опасные происшествия, инциденты или неблагоприятные события.
20.6	<p>Копия информации о медицинских услугах, предоставленная другим медицинским организациям и поставщикам после направления пациентов или после предоставления пациенту услуг, хранится в его медицинской карте.</p>
20.7	<p>Регулярно проводятся запланированные проверки медицинской документации с целью рассмотрения полноты, точности и своевременности заполнения.</p>
20.8	<p>Индикатор ошибок, связанных с медицинской документацией пациентов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) оценивается за определенный период времени; 2) анализируется для возможных действий; 3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
20.9	<p>Индикатор проведенных аудитов (службой внутреннего аудита):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) оценивается за определенный период времени; 2) анализируется для возможных действий; 3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
<p>21.0 КАЧЕСТВО ЛЕЧЕНИЯ И УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ</p> <p>Организация постоянно отслеживает, оценивает и улучшает качество клинических процессов, и процессов связанных с уходом за пациентом.</p>	
21.1	<p>По всем лечебно-профилактическим процедурам имеются стандартные процедуры, клинические руководства, протоколы и алгоритмы, которые:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) разрабатываются на основании научных исследований и доказательств; 2) утверждаются руководителем организации; 3) используются для обучения и проведения аттестации (по меньшей мере, один раз в год) персонала по выполнению процедуры; 4) выполняется назначенным персоналом.
21.2	<p>Проверяется клиническое качество, а также результаты, примененные для улучшения, путем использования:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) графика экспертиз медицинских карт больного для оценки соответствия стандартам, стратегиям и процедурам; 2) разбора случаев, подлежащих обязательной экспертизе в соответствии с нормативными актами.
21.3	<p>Предоставление пациенту медицинских услуг отслеживается, результаты используются для улучшения следующих аспектов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) времени ожидания; 2) оценки состояния пациента; 3) наличие, содержание и ведение медицинской документации; 4) инфекционный контроль и отчетность; 5) рациональное использование антибиотиков; 6) ошибки назначения лекарственных средств и неблагоприятные реакции при использовании препаратов; 7) использование ограничений и изоляции.
21.4	<p>Внедрен процесс по выявлению ошибок при назначении лекарственных препаратов и информирования о неблагоприятных событиях при использовании лекарственных средств:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) информация своевременно сообщается в соответствии с установленной процедурой;

	2) анализ полученных данных используется для улучшения качества с целью снижения уровня ошибок при назначении и использовании лекарственных препаратов.
21.5	В организации создана Формулярная комиссия, анализирующая использование антибактериальных препаратов в лечении пациентов для определения эффективности лечения и контроля за развитием резистентности к антибиотикам, рациональным использованием лекарственных препаратов.
21.6	Показатели, разработанные для приоритетных болезней и ключевых клинических процессов, например, время ожидания, повторная госпитализация, ошибки в назначении лекарственных препаратов, уровень инфекции: 1) определяются на непрерывной основе; 2) измеряются с согласованной частотой; 3) информация передается в соответствующие комитеты, руководству и персоналу; 4) определенные услуги, предоставленные за определенный промежуток времени сравниваются с исходными данными; 5) информация используется для повышения качества.

Приложение 2 к приказу
Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 8 апреля 2016 года № 266
Приложение 5 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 2 октября 2012 года № 676

Стандарты аккредитации для медицинских организаций, оказывающие паллиативную помощь и сестринский уход

РАЗДЕЛ "А": РУКОВОДСТВО

№	Измеряемые критерии
1.0 ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ	
Этические нормы определяют направление деятельности организации и процесс принятия решений.	
1.1	Руководство организации коллективно и с учетом рекомендаций заинтересованных сторон определяет миссию, видение организации для планирования и определения направлений развития организации.
1.2	В организации имеется определенный комплекс ценностей, которыми она руководствуется при принятии решений и определении правил поведения сотрудников.
1.3	Медицинская организация разрабатывает правила этики, охватывающие вопросы в отношении деятельности организации и обслуживания пациентов.
1.4	Персонал регулярно проходит обучение по вопросам этики и деонтологии.
1.5	В организации внедрен процесс выявления, анализа и принятия мер по фактам нарушения норм этики.
2.0 УПРАВЛЕНИЕ	
В организации осуществляется эффективное управление в соответствии с ее правовым статусом и ответственностью.	
	Обязанности руководства организации включают следующее: 1) определение и рассмотрение этических норм; 2) согласование и утверждение стратегического, оперативного планов организации, а также плана по повышению качества услуг;

2.1	<p>3) утверждение бюджета и обеспечение организации соответствующими ресурсами для выполнения поставленных целей и задач;</p> <p>4) мониторинг и оценка достижения результатов стратегических и оперативных планов и качества услуг;</p> <p>5) назначение или утверждение руководителей структурных подразделений и оценка эффективности их деятельности.</p>
2.2	<p>Организация действует в соответствии с законодательством Республики Казахстан, и имеет требуемые учредительные документы, в том числе:</p> <p>1) свидетельство или справка о государственной (учетной) регистрации (перерегистрации);</p> <p>2) устав (положение);</p> <p>3) Бизнес идентификационный номер (БИН).</p>
2.3	<p>Руководство организации обеспечивает осуществление деятельности путем:</p> <p>1) получения, рассмотрения и реагирования на предписания государственных органов;</p> <p>2) своевременной подготовки предложений по актуализации действующих нормативных правовых документов;</p> <p>3) принятия активных действий по доведению их до заинтересованных лиц;</p> <p>4) обеспечения доступности базы нормативных правовых документов для персонала организации.</p>
2.4	<p>Организация информирует общественность:</p> <p>1) об оказываемых услугах и условиях их получения;</p> <p>2) о деятельности и принимаемых решениях, которые могут повлиять на предоставляемые услуги;</p> <p>3) о качестве оказываемых услуг и достигнутых результатах.</p>
<p>3.0 СТРАТЕГИЧЕСКОЕ И ОПЕРАТИВНОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ</p> <p>Организация планирует свои услуги с целью удовлетворения потребностей населения и осуществляет четкое руководство по его реализации.</p>	
3.1	<p>В стратегическом плане развития, разработанном руководством совместно с персоналом, излагаются долгосрочные цели, задачи, стратегии для осуществления целей организации.</p>
3.2	<p>Стратегический план основан на:</p> <p>1) миссии, видении, целях и этических нормах организации;</p> <p>2) потребностях обслуживаемого населения;</p> <p>3) анализа полученных отзывов от пациентов/ семей и общественности;</p> <p>4) количественных и качественных показателей оказания услуг;</p> <p>5) правительственных стратегиях и приоритетах в здравоохранении;</p> <p>6) ожидаемых результатов по достижению целей и задач организации (индикаторах оценки).</p>
3.3	<p>Комплексный годовой (оперативный) план работы разработан и согласован со всеми структурными подразделениями организации:</p> <p>1) в соответствии со стратегическим планом;</p> <p>2) с рассмотрением непосредственных приоритетов;</p> <p>3) содержит задачи и план мероприятий по основным услугам;</p> <p>4) определяет укомплектование штата, финансовые и материальные ресурсы для обеспечения выполнения запланированных действий.</p>
3.4	<p>Организацией и ее структурными подразделениями регулярно рассматривается достигнутый прогресс в реализации годового плана в сравнении с целями и планом мероприятий:</p> <p>1) уровень достижения целей и ожидаемых результатов;</p> <p>2) выполнение запланированных действий;</p> <p>3) адекватность ресурсной поддержки;</p> <p>4) соблюдение запланированных сроков;</p> <p>5) нереализованные задачи и проблемы;</p> <p>6) дальнейшие планируемые шаги.</p>

3.5	Служба внутреннего аудита или эксперт организации проводит анализ достигнутых результатов в сравнении с годовым планом, информация предоставляется руководителю организации и руководителям структурных подразделений для планирования дальнейших действий.
3.6	Решения относительно планируемых улучшений, внесенных в годовой план, сообщаются и обсуждаются с персоналом и передаются при необходимости соответствующим внешним службам.

4.0 ОБЩЕЕ УПРАВЛЕНИЕ

Организация имеет структуру управления и подотчетности. Управление осуществляется квалифицированными менеджерами.

4.1	Руководитель организации является ответственным и отчитывается за следующее: 1) все оперативные вопросы, включая управление рисками и повышение качества, инфекционный контроль, охрану здоровья/труда и безопасность; 2) о клинической, управленческой и финансовой деятельности перед руководящим органом и вышестоящими государственными органами; 3) реагирование на любые сообщения, полученные от контрольных и регулирующих органов.
4.2	Руководитель организации имеет образование, квалификацию, стаж и опыт работы.
4.3	В должностной инструкции руководителя организации определены его функции.
4.4	Эффективность работы руководителя организации определяется достижениями в деятельности организации, отчет по исполнению запланированных мероприятий предоставляется в вышестоящую организацию.
4.5	Функции и полномочия каждого структурного подразделения определены с участием каждого сотрудника и доведены до сведения сотрудников.
4.6	Каждое подразделение организации возглавляется руководителем, имеющим образование, квалификацию, стаж и опыт работы.
4.7	Лица, ответственные за медицинскую деятельность организации, обеспечивают: 1) планирование и оценку клинической практики; 2) предоставление консультаций по клиническим вопросам руководителю организации и заведующим подразделениями; 3) мониторинг стандартов клинического лечения; 4) контроль и оказание содействия персоналу.
4.8	Организационная структура: 1) оформлена документально и представлена в виде схемы; 2) соответствует целям, задачам и функциям организации; 3) четко отражает структуру подчинения персонала; 4) помогает отделам и службам скоординировать планирование и оказание услуг.
4.9	Структура организации регулярно рассматривается и четко доводится до сведения всего персонала организации и других соответствующих лиц.
4.10	Организация согласовывает свою деятельность и услуги, предоставляя планы и стратегии государственным органам или другим организациям в целях обеспечения преемственности.

5.0 УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ И ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА

Организация сводит к минимуму возможные риски, постоянно проводит их мониторинг и оценку, а также повышает качество предоставляемых услуг.

5.1	План управления рисками организации: 1) основан на информации, полученной из стратегического плана; результатах анализа клинических показателей; результатах анализа отзывов пациентов и неблагоприятных событий; службы инфекционного контроля; результатах анализа укомплектования персоналом и обеспечения ресурсами; результатах анализа состояния окружающей обстановки;
-----	---

	<p>2) определяет, оценивает и располагает по приоритетам все риски с точки зрения их вероятности и последствий нанесенного вреда здоровью и материального ущерба;</p> <p>3) включает стратегии управления такими рисками;</p> <p>4) имеется в наличии и распространяется среди персонала для ознакомления.</p>
5.2	<p>Организация обучает своих сотрудников правилам снижения рисков, путем:</p> <p>1) обнаружения, оценки и сообщения о ситуациях, включающих риск;</p> <p>2) управления ситуациями, имеющими потенциальный риск;</p> <p>3) предотвращения или контроля инфекции;</p> <p>4) безопасного использования оборудования и материалов;</p> <p>5) безопасного метода транспортировки людей и грузов.</p>
5.3	<p>План управления рисками регулярно проверяется и пересматривается в целях обеспечения его эффективности путем:</p> <p>1) контроля за фактическим выполнением требований правил управления рисками;</p> <p>2) пересмотра определенных рисков;</p> <p>3) внесения улучшений в план управления рисками, используя результаты, полученные в процессе контроля выполнения требований, правил управления рисками и пересмотра определенных рисков.</p>
5.4	<p>В организации имеется непрерывная система повышения качества услуг, включающая:</p> <p>1) участие всех подразделений организации;</p> <p>2) определение приоритетов организации по контролю качества предоставляемых услуг и их обновление с учетом нужд и потребностей пациентов, процессов, которые представляют высокий риск, большой объем, являются дорогостоящими или проблемными;</p> <p>3) сбор, анализ и оценку данных мониторинга и аудита;</p> <p>4) информирование руководства и сотрудников.</p>
5.5	<p>Ежегодный план повышения качества:</p> <p>1) разрабатывается совместно с руководителями структурных подразделений;</p> <p>2) подробно определяет мероприятия по контролю качества, планы действия, их цели и методы достижения;</p> <p>3) определяет график проведения аудита, сбора данных по качественным показателям;</p> <p>4) определяет ответственных лиц и сроки исполнения.</p>
5.6	<p>План повышения качества включает мониторинг, отчетность и оценку:</p> <p>1) показателей эффективности лечения по приоритетным заболеваниям и ключевым процессам, например, время ожидания, уровень повторной заболеваемости и госпитализации, ошибки в назначении лекарственных средств, инфекции и несчастные случаи;</p> <p>2) удовлетворенности пациента и его семьи, оказанными услугами.</p>
5.7	<p>Руководители структурных подразделений ответственны за реализацию плана по повышению качества, включая следующее:</p> <p>1) мониторинг соответствующих показателей;</p> <p>2) мониторинг выполнения стандартов, политик, процедур, клинических протоколов и правил;</p> <p>3) рассмотрение фактов обращений и предложений со стороны пациентов и их семей;</p> <p>4) проекты по улучшению качества оказываемых услуг.</p>
5.8	<p>Внутренняя служба по контролю качества:</p> <p>1) получает отчеты по мероприятиям обеспечения качества;</p> <p>2) анализирует собранные данные и классифицирует их по направлениям;</p> <p>3) отчитывается перед руководителями структурных подразделений и руководителями организации.</p>
5.9	<p>Информация и отчеты о повышении качества обсуждаются на производственных или клинических встречах и конференциях. Сотрудники организации, руководители структурных подразделений и руководство организации участвуют в принятии решений по определенным действиям в области улучшения качества.</p>

5.10	Проводится аудит организации с целью оценки качества предоставляемых услуг и соответствия с утвержденными клиническими протоколами и правилами: 1) уполномоченным лицом/группой экспертов; 2) в соответствии с графиком проведения клинических аудитов использования клинических протоколов, которые имеются в достаточном количестве.
5.11	Результаты клинического аудита и обзора клинических случаев: 1) обсуждаются в работе соответствующих комиссий, на собраниях или конференциях; 2) используются для улучшения процессов оказания медицинской помощи; 3) включаются в отчеты в рамках выполнения программы повышения качества.
5.12	Мероприятия по повышению качества запланированы, предприняты соответствующие меры и действия, оценена эффективность действий. Персонал, клиенты/ пациенты информированы о результатах оценки.
5.13	Персонал следует документированным политикам и процедурам при выполнении своих должностных обязанностей в каждом структурном подразделении.
5.14	Политики и процедуры, утвержденные руководством: а) обновляются; б) разрабатываются с участием персонала; в) легко доступны персоналу на рабочих местах; г) официально пересматриваются, по меньшей мере, раз в три года, или чаще по мере необходимости.

РАЗДЕЛ "В": УПРАВЛЕНИЕ РЕСУРСАМИ

6.0 УПРАВЛЕНИЕ ФИНАНСАМИ

Финансовые ресурсы организации управляются и контролируются для оказания содействия в достижении целей.

6.1	Руководство ежегодно утверждает план финансово-хозяйственной деятельности: 1) подготовленный финансово-экономическим блоком организации; 2) с участием персонала организации; 3) основанный на предполагаемых доходах и сметах расходов; 4) на основе задач и планируемых мероприятий годового плана.
6.2	Порядок и процедуры финансовой деятельности организации документируются и включают следующее: 1) оперативность выставления счетов и оплаты счетов; 2) бухгалтерский учет; 3) полномочия по закупке и расходованию средств, процедура передачи полномочий; 4) страхование; 5) управление активами.
6.3	Бухгалтерский учет основан на достоверной финансовой информации обо всех источниках доходов и расходов, и обеспечивает своевременные и точные финансовые отчеты для принятия решений.
6.4	Прибыли, убытки и расходы на услуги регулярно отслеживаются в сравнении с бюджетами предоставляются руководству организации в виде ежемесячных финансовых отчетов.
6.5	Существует система внутреннего финансового контроля и аудита.
6.6	Внешний финансовый аудит проводится в соответствии с нормативными правовыми актами.
6.7	Услуги, осуществляемые на платной основе: 1) имеется прейскурант цен; 2) цены рассчитаны на основе затрат; 3) оплата платных услуг проводится в соответствии с законодательством Республики Казахстан.
6.8	Список утвержденных платных услуг и их цен доступен населению.

6.9	<p>Организация проводит аудит платных услуг для подтверждения, что:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) цены соответственные, а расходы и платежи осуществляются надлежащим образом, согласно документально оформленным процессам; 2) средства используются по целевому назначению.
6.10	<p>Оплата труда сотрудникам, перечисления в пенсионный фонд и другие обязательные отчисления:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) осуществляются своевременно; 2) основаны на утвержденной структуре заработных плат и вознаграждений сотрудникам организации.
6.11	<p>Отчеты своевременно заполняются и направляются в налоговые органы и органы государственной статистики.</p>
<p>7.0 ИНФОРМАЦИОННОЕ УПРАВЛЕНИЕ</p> <p>Организация систематически управляет и защищает свою информацию в целях удовлетворения информационных потребностей и задач.</p>	
7.1	<p>В организации имеется единая автоматизированная информационная система по управлению ее деятельностью, включающая:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) наличие совместимых компьютеров и пакетов прикладных программ, отвечающих нуждам каждого отдела; 2) лицензионное программное обеспечение; 3) управление текущими расходами; 4) процедуры необходимых обновлений программного обеспечения; 5) текущее техническое обслуживание; 6) обучение персонала.
7.2	<p>Организация обеспечивает конфиденциальность, безопасность и целостность информации путем:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) установки уровней защиты для доступа персонала к особо важной информации; 2) обучения персонала о неразглашении частной или личной информации и соблюдения конфиденциальности; 3) ограничения доступа к конфиденциальной информации, в том числе информации о пациенте.
7.3	<p>Документально оформленные процедуры защиты информации используются персоналом и включают:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) создание резервных копий файлов; 2) хранение резервных копий; 3) восстановление данных в случае чрезвычайных ситуаций
7.4	<p>Персонал организации имеет доступ к надежным Интернет-ресурсам и телекоммуникационным технологиям для выполнения своих профессиональных обязанностей.</p>
7.5	<p>Персонал получает информацию о достижениях и передовых технологиях в здравоохранении посредством:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) предоставления актуальной медицинской информации, руководств по эксплуатации медицинского оборудования, достоверной информации баз доказательной медицины Кокрановского содружества, Национальной медицинской библиотеки США, Британского национального формуляра Национального института здоровья и клинического совершенства Великобритании; 2) участия в профессиональных конференциях, семинарах, мастер-классах, тренингах и учебных программах.
7.6	<p>Организация использует стандартный процесс управления документацией, соответствующий требованиям законодательства Республики Казахстан и включающий следующее:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) утвержденную номенклатуру дел с указанием сроков хранения; 2) файлы/папки во всех отделениях сводятся в единую номенклатуру; 3) документы хранятся в папках в соответствии с номенклатурой дел.
	<p>Внутренние документы, регулирующие деятельность организации:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) утверждены и подписаны ответственным лицом;

7.7	<p>2) имеют дату ввода и сроки действия;</p> <p>3) обновляются по потребности;</p> <p>4) контролируются на своевременность выполнения ответственными лицами.</p>
7.8	<p>Медицинские записи о пациентах:</p> <p>1) защищены от потери, уничтожения, искажения и неправомерного доступа или использования;</p> <p>2) доступны только уполномоченному персоналу;</p> <p>3) удобны для доступа, но с соблюдением конфиденциальности;</p> <p>4) не выносятся из помещения без специального разрешения.</p>
7.9	<p>Медицинская документация хранится:</p> <p>1) в соответствии с правилами по хранению документов, их передаче в архив и правилами получения документов из архива;</p> <p>2) под руководством ответственного лица;</p> <p>3) помещение архива находится в защищенном от доступа посторонних лиц и оборудовано стеллажами (шкафами);</p> <p>4) выписки из истории болезни предоставляются только определенным лицам по запросу компетентных органов либо иных лиц в рамках действующего законодательства.</p>
<p>8.0 УПРАВЛЕНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ</p> <p>Эффективное планирование и управление человеческими ресурсами повышает производительность труда персонала и является инструментом в достижении организацией поставленных целей и задач.</p>	
8.1	<p>В организации используется документированный процесс для определения:</p> <p>1) уровня укомплектованности персонала, необходимого для выполнения планируемых объемов услуг и работ;</p> <p>2) уровня требуемого стажа и опыта;</p> <p>3) наиболее эффективной и рациональной структуры профилей и должностей персонала.</p>
8.2	<p>Организация разрабатывает и использует политику и процедуры по управлению штатом, включающую назначение, отбор, обучение, оценку, поощрение, сохранение и привлечение компетентного персонала в целях выполнения поставленных задач по оказанию услуг.</p>
8.3	<p>Квалификация специалистов и структура профессиональных навыков персонала:</p> <p>1) соответствуют функциям каждого подразделения;</p> <p>2) пересматриваются ежегодно при планировании или по потребности.</p>
8.4	<p>На все штатные должности разработаны должностные инструкции, которые утверждены руководством организации. Должностные инструкции доступны каждому сотруднику и включают:</p> <p>1) квалификацию, навыки, подготовку, опыт работы, требуемые для занятия штатной должности;</p> <p>2) функциональные обязанности;</p> <p>3) подотчетность;</p> <p>4) сроки пересмотра.</p>
8.5	<p>Назначение/прием на должность производится:</p> <p>1) подписанием договора в соответствии с трудовым законодательством и обеспечением равных возможностей трудоустройства между работником и организацией;</p> <p>2) в соответствии с требованиями, изложенными в должностной инструкции.</p>
8.6	<p>До назначения/приема специалиста, допущенного к клинической практике, организация:</p> <p>1) проводит оценку его клинических знаний и навыков;</p> <p>2) проводит проверку предоставленной первичной документации (дипломы, сертификаты);</p> <p>3) оформляет личное дело с указанием послужного списка, трудового стажа и опыта работы.</p>
8.7	<p>Каждый сотрудник подписывает оригинал своей должностной инструкции, копия которой имеется в том подразделении, где он/а работает.</p>
8.8	<p>Каждый сотрудник проходит инструктаж для ознакомления с организацией, ее целями и задачами, а также со своими должностными обязанностями, в соответствии с документированной программой введения в должность.</p>

8.9	<p>Персонал в организации идентифицируется посредством:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ношения специальной медицинской одежды или униформы для технических работников; 2) бейджей с указанием фамилии, имени, отчества (при его наличии) и занимаемой должности.
8.10	<p>В организации проводится процедура оценки результатов работы специалистов на предмет:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) соответствия целям и задачам, указанным в должностных инструкциях; 2) определения достижений и нуждающихся в повышении квалификации; 3) процедура документируется и подписывается сотрудником и руководителем подразделения; 4) подшивается к личному делу.
8.11	<p>В организации существует механизм мониторинга деятельности всего клинического персонала, который включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) мониторинг того, что клинический персонал имеет достаточную непрерывную клиническую практику для сохранения своей компетентности; 2) реагирование на проблемы, связанные с компетентностью персонала, посредством дополнительного наставничества, обучения или других процедур; 3) мониторинг того, что клинический персонал занимается клинической деятельностью в рамках своих полномочий и компетенций; 4) регулярную проверку сведений о профессиональной квалификации и компетенций сотрудников.
8.12	<p>Составляется бюджет и ежегодный план по повышению квалификации специалистов на основе:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) анализа потребностей в дополнительной подготовке сотрудников; 2) анализа потребностей организации, связанных с оказанием услуг.
8.13	<p>В организации имеется политика непрерывного профессионального и дополнительного образования, предусматривающая:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) регулярное повышение квалификации медицинских работников (не реже 1 раза в пять лет для врачей и среднего медицинского персонала); 2) средства для повышения квалификации.
8.14	<p>Существует полная документированная информация о каждом сотруднике организации, включая записи об обучении, которая относится к конфиденциальной и хранится в защищенном месте.</p>
8.15	<p>В медицинской организации проводится анализ ключевых показателей управления человеческими ресурсами, таких как, текучесть кадров, удовлетворенность условиями труда, в том числе на основании анонимных опросов (анкетирования) сотрудников, результаты которых используются для улучшения (принимаются меры).</p>

РАЗДЕЛ "С": УПРАВЛЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТЬЮ

9.0 БЕЗОПАСНОСТЬ ЗДАНИЙ	
Окружающая среда организации является безопасной и комфортной для пациентов, персонала и посетителей.	
9.1	<p>Здания организации:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) отвечают потребностям в площади и расположении подразделений при предоставлении услуг пациентам в повседневной работе и во время чрезвычайных ситуаций; 2) при обнаружении дефектов своевременно ремонтируются; 3) отвечают требованиям строительных норм и правил; 4) отвечают требованиям санитарных правил.
9.2	<p>В организации принимаются меры по обеспечению безопасности в соответствии с письменной политикой и процедурами, с целью защиты:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) персонала, работающего в одиночку или в изолированном помещении; 2) пациентов, посетителей и персонала от угрозы физического насилия и потери имущества в дневное и ночное время; 3) лекарственных средств от краж и хищений; 4) здания, оборудования и имущества от повреждения или утери.

9.3	<p>По всей территории организации на видных местах установлены легко читаемые знаки по технике безопасности, включая знаки:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) направлений; 2) запрета курения; 3) запретных зон и прочих предупреждений; 4) опасности радиоактивного излучения в помещении; 5) противопожарного оборудования; 6) схем эвакуации при чрезвычайных ситуациях; 7) указателей ближайшего выхода.
9.4	<p>Территория организации обслуживается в должном объеме и соответствует транспортным требованиям:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) имеются свободные подъездные пути; 2) отведено парковочное место для автомобилей организации, автомобилей пациентов и посетителей.
9.5	<p>В организации имеется возможность передвижения пациентов и посетителей с ограниченными физическими возможностями, и перемещения грузов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) обеспечение работающих пассажирских лифтов в зданиях, состоящих из двух и более этажей, служебных лифтов в лечебные отделения выше второго этажа; 2) пандус, подходящий для детских колясок, кресло-колясок, каталок и тележек.
9.6	<p>Организация имеет функционирующие водопроводные и канализационные системы, отвечающие требованиям санитарных правил:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) объекты подключаются к централизованным системам холодного, горячего водоснабжения и канализации; 2) при отсутствии в населенном пункте централизованной системы водоснабжения используется привозная или вода из устройства местной системы, которая соответствует санитарно-эпидемиологическим требованиям; 3) при размещении объекта в не канализованных и частично канализованных населенных пунктах предусматривается местная система канализации и вывозная система очистки.
9.7	<p>Окружающая обстановка в организации способствует комфорту и безопасности персонала и пациентов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) системы вентиляции, кондиционирования и отопления обеспечивают оптимальные условия микроклимата; 2) помещения с постоянным пребыванием людей обеспечиваются естественным освещением. Все производственные и вспомогательные помещения обеспечиваются искусственным освещением; 3) естественная и искусственная освещенность помещений объектов определяется параметрами в соответствии с требованиями санитарных правил.
9.8	<p>Организация с целью создания комфортной рабочей среды управляет своими коммунальными службами и сводит к минимуму потенциальные риски:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) имеет в наличии альтернативные источники электричества и воды для предупреждения воздействия перебоев работы коммунальных служб на систему жизнеобеспечения организации и инфекционный контроль; 2) обслуживание инженерных коммуникаций осуществляется квалифицированными, компетентными работниками, которые следуют надлежащим процедурам.
9.9	<p>Организация обеспечивает условия для поддержания гигиены пациентов и персонала:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) все имеющееся технологическое, санитарно-техническое, инженерное и другое оборудование находится в исправном состоянии; 2) обеспечиваются твердым и мягким инвентарем, в том числе одноразовыми изделиями медицинского назначения, дезинфицирующими средствами.
<p>10.0 УПРАВЛЕНИЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМИ СИТУАЦИЯМИ И ПРОТИВОПОЖАРНОЙ БЕЗОПАСНОСТЬЮ</p>	

Организация сводит к минимуму риски возникновения пожара и готова к чрезвычайным и критическим ситуациям.

10.1	Организация разрабатывает детальный план мероприятий на случай пожара или иной чрезвычайной ситуации, который включает: 1) ответственность за управление и координирование мер экстренного реагирования; 2) процесс уведомления аварийных служб и персонала; 3) систему экстренной связи; 4) процедуру эвакуации людей из здания в случае необходимости.
10.2	Персонал проходит ежегодное обучение в соответствии с планом реагирования при чрезвычайной ситуации, включая процедуры ориентации персонала при эвакуации, и участвует в мероприятиях по учебной тревоге.
10.3	Организация снижает риск возникновения пожара путем: 1) использования огнестойких строительных материалов; 2) обеспечения запасных путей эвакуации, таких как лестницы внутри здания и внешние пожарные лестницы; 3) обеспечения достаточным количеством средств пожаротушения (гидранты, пожарные шланги, огнетушители, системы автоматического водяного пожаротушения), расположенных в соответствующих местах и обозначенных надлежащим образом; 4) установки системы пожарной сигнализации и системы оповещения; 5) использования техники и устройств, для ограничения распространения пожара (противопожарные барьеры, противопожарные стены, пожарные двери и аварийные выключатели).
10.4	Системы аварийной сигнализации: 1) находятся в состоянии готовности и быть способны издавать звуковые сигналы, слышимые на необходимом расстоянии; 2) имеют необходимые настройки, которые содержатся в рабочем состоянии, тестируются в соответствии с программой планово-предупредительного технического обслуживания, полученные данные документируются.
10.5	Из всех зон здания организации имеются пути эвакуации, включая: 1) пути эвакуации в случае пожара, такие как дверные проемы, коридоры, пандусы или переходы, лестничные пролеты, всегда свободные от заграждений; 2) пожарные и противоподымные двери, которые должны хорошо открываются и закрываются вручную; 3) выходные двери, которые оставляются открытыми или фиксируются электрическими устройствами автоматического расцепления; 4) запрет запираания выходных дверей, за исключением особых случаев, когда есть адекватные запасные выходы.
10.6	Воспламеняющиеся вещества, газовые баллоны и другие потенциально опасные материалы и химические вещества хранятся и используются включая: 1) маркировку; 2) запираание помещений и обеспечение герметичности; 3) запираание контейнеров для хранения газовых баллонов или наличие ограждения, с целью недопущения посторонних лиц.

11.0 БЕЗОПАСНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБОРУДОВАНИЯ И РАСХОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Организация использует оборудование, расходные материалы и медицинские приборы безопасно, эффективно и рационально.

11.1	Организация планирует закупки, модернизацию и замену медицинских приборов и оборудования для обеспечения планируемых услуг с целью обеспечения бесперебойной работы всех приборов и оборудования.
	Внедрена программа профилактического технического обслуживания и ремонта приборов и оборудования, включающая:

11.2	<p>1) наличие графика планового испытания, осмотра, технического обслуживания и ремонта;</p> <p>2) наличие инструкций на основе руководств по эксплуатации производителя, соответствующих электрических стандартов, стандартов по обращению с опасными веществами;</p> <p>3) выполнение калибровки.</p>
11.3	<p>Имеется процедура обнаружения и оповещения выявленных дефектов и отказов оборудования, включающая:</p> <p>1) ведение журнала регистрации дефектов и неисправностей оборудования;</p> <p>2) общепринятый бланк или журнал для персонала для подачи заявки на ремонт или замену оборудования;</p> <p>3) достаточное количество расходных материалов для проведения технического обслуживания и ремонта;</p> <p>4) регулярный обзор заявок;</p> <p>5) решения о списании и утилизации подлежащего ремонту или устаревшего оборудования в соответствии с установленными критериями;</p> <p>6) мониторинг и документирование всех заявок по ремонту, выполненных работ, произведенных закупок и время их выполнения.</p>
11.4	<p>Заключены договора с компаниями, обеспечивающими поставки запасных частей и/или технические услуги, услуги управления отходами, профилактическое техническое обслуживание и ремонт медицинского и электрооборудования, в которых:</p> <p>1) установлены обязанности обеих сторон и требования к безопасности и качеству;</p> <p>2) указаны дата поставки, стоимость;</p> <p>3) содержатся условия контроля выполнения работ.</p>
11.5	<p>Организация обеспечивает безопасную и правильную эксплуатацию оборудования посредством:</p> <p>1) того, что все сотрудники, эксплуатирующие как новое, так и имеющееся оборудование, и медицинские приборы, проходят обучение по безопасной эксплуатации и техническому обслуживанию;</p> <p>2) того, что к эксплуатации специализированного оборудования допускаются квалифицированные специалисты, имеющие необходимые знания и навыки;</p> <p>3) имеется в наличии и доступны для персонала правила по технике безопасности и инструкции по медицинскому оборудованию.</p>
11.6	<p>Системы связи обеспечивают незамедлительное информирование о любом инциденте и включают следующее:</p> <p>1) наличие доступной телефонной связи во всех структурных подразделениях, а также для пациентов и ухаживающих лиц;</p> <p>2) для пациентов функционирующую систему сигнального оповещения медицинского персонала.</p>
11.7	<p>Все оборудование (лечебно–диагностическое, автоклавы) подключены к контуру заземления.</p>
11.8	<p>Сотрудники службы лучевой диагностики защищены от радиоактивного облучения путем:</p> <p>1) использования кабины радиационной защиты и других устройств и средств защиты;</p> <p>2) использования индивидуальных дозиметров ежемесячно измеряемых на радиационный фон, при превышении нормы которого выполняются надлежащие меры;</p> <p>3) проведения два раза в год радиационного контроля.</p>
11.9	<p>Внедрена и используется система управления поставками (лекарственных средств, изделия медицинского назначения, прочие товары и услуги), предусматривающая:</p> <p>1) оценку потребностей в клинических и неклинических поставках для каждого отделения;</p> <p>2) обеспечение своевременных поставок;</p> <p>3) учет движения запасов и контроль объема складских запасов;</p> <p>4) хранение товаров (лекарственных средств, изделий медицинского назначения и другие) в надлежащих условиях (на полках или на поддонах, в сухом и безопасном месте.);</p> <p>5) своевременную замену запасов до истечения срока годности.</p>

11.10	В организации имеется в достаточном количестве моющие и дезинфицирующие средства, соблюдается график закупок и имеются акты списания этих средств, персонал обучен правилам применения средств согласно инструкциям.
11.11	Лекарственные средства и изделия медицинского назначения приобретаются, исходя из потребностей пациентов, что включает: 1) соответствие видам предоставляемых услуг; 2) соответствие утвержденным протоколам диагностики и лечения.
11.12	Структурное подразделение по лекарственному обеспечению использует систему управления запасами, которая включает: 1) использование системы резервного запаса (наличие минимального объема запасов); 2) наличие лекарственных средств и изделий медицинского назначения в наборе для экстренных случаев, немедленно восполняемых после использования; 3) проверку качества, количества, номера партии, даты производства и срока годности приобретенных лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения при проведении приема от поставщика; 4) наличие автоматизированной или иной системы учета для управления запасами и контроля истечения срока годности.
11.13	Медикаменты хранятся в соответствии с групповой принадлежностью: 1) защищены от неблагоприятного воздействия света, влаги и экстремальных температур; 2) защищены от вредителей; 3) при достаточной вентиляции.
11.14	Температурный режим при хранении лекарственных средств отвечает требованиям производителя: 1) холодильники запираются на замок и используются только для хранения лекарственных препаратов данного температурного режима; 2) ведется контроль и запись температурного режима холодильника, и предпринимаются меры при отклонении температуры от заданного диапазона.
12.0 ЗДОРОВЬЕ УСЛОВИЯ ТРУДА	
Программа гигиены труда персонала способствует безопасным и здоровым рабочим условиям.	
12.1	Выполняются меры по поддержанию гигиены труда и здоровья персонала с документированием выполнения мер: 1) биологический скрининг и профилактика риска профессионального заражения вирусами гепатита А, В и С, ВИЧ; 2) по необходимости, обеспечение механическими подъемными устройствами для пациентов и обучение персонала обращением с ними; 3) профилактику получения травм иглой и повреждения глаз; 4) контроль радиационной безопасности (если применимо); 5) обеспечение удобным рабочим местом.
12.2	Организация предоставляет средства и услуги для обеспечения здоровья сотрудников, включающая : 1) аптечки или наборы для оказания первой помощи; 2) срочный осмотр и лечение (производственной травмы, уколы от неосторожного обращения с иглами, повреждения глаз); 3) контроль рабочей нагрузки и психологическая поддержка для минимизации стресса и его контроля. 4) персоналу, который подвергается потенциальным опасностям при выполнении своих служебных обязанностей, предоставляется соответствующая защитная одежда (спецодежда, фартуки, маски, перчатки, колпаки, защитные очки, для сотрудников радиологической службы - свинцово-резиновые фартуки).
	Сотрудники обучаются технике безопасности, включая: 1) безопасность на рабочем месте;

12.3	2) выявление и сообщение о происшествиях, авариях и несчастных случаях, в которых пациенты, персонал были травмированы или могли быть травмированы на рабочем месте при исполнении служебных обязанностей.
12.4	Организация ежегодно оценивает удовлетворенность сотрудников условиями труда, гарантируя: 1) ознакомление персонала с результатами проведенного исследования; 2) принятие управленческих мер по результатам выявленных проблем.
12.5	Проводится регулярная (ежеквартальная, ежегодная) дезинсекция и дератизация помещений с обязательным документированием.
Инциденты, несчастные случаи и неблагоприятные события.	
12.6	Информация об инцидентах, несчастных случаях и неблагоприятных событиях, в том числе о потенциально опасных происшествиях: 1) предоставляется в соответствующей форме, доступной во всех местах и в установленные сроки; 2) записывается в медицинскую карту пациента или личное дело сотрудника; 3) в случае аварии регистрируется в журнале аварийных ситуаций; 4) сообщается в соответствующие органы при получении серьезной травмы работника или пациента; 5) вносится в централизованный журнал регистрации инцидентов для последующего анализа; 6) оперативно расследуются согласно установленной процедуре.
12.7	Результаты расследования инцидентов, несчастных случаев и неблагоприятных событий: 1) проанализированы с целью выявления причины происшествия; 2) передаются соответствующей комиссии или подразделению, и используются для улучшения процессов или дополнительного обучения персонала; 3) доведены до сведения персонала, вовлеченного пациента или его семьи.
12.8	Данные об инцидентах, несчастных случаях и потенциально опасных происшествиях рассматриваются не реже одного раза в год с целью выявления тенденций, а информация предоставляется руководству и сотрудникам, для возможности дальнейшего использования с целью предотвращения травматизма или вреда.
13.0 БЕЗОПАСНОСТЬ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ	
Обеспечение пациентов и персонала безопасными условиями питания с соблюдением требований санитарных правил.	
13.1	Запасы продовольственного сырья, продуктов питания для составления сбалансированного меню для пациентов имеются в достаточном количестве, наличие маркировки, сопровождается документами, удостоверяющими их качество, безопасность и документами, обеспечивающими их прослеживаемость, происхождение.
13.2	Хранение, обработка, приготовление и распределение продуктов питания проводится согласно требований санитарных правил: 1) сухие продукты питания хранятся на защищенных полках; 2) жидкие, сырые продукты и приготовленная пища хранятся в закрытых маркированных контейнерах; 3) сырые и готовые продукты хранятся в холодильнике отдельно; 4) в достаточном количестве имеется оборудование для хранения, транспортировки и поддержания безопасной температуры пищи до и во время распределения; 5) соблюдение поточности технологического процесса; 6) наличие еженедельной меню-раскладки с учетом утвержденной нормы питания; 7) обеспечивается хранение ежедневно суточной пробы на пищеблоке и соблюдение условий его хранения; 8) наличие маркировки инвентаря, тары, посуды; 9) раздельное хранение пищевой продукции по видам с соблюдением принципа товарного соседства; 10) хранение пищевых продуктов на стеллажах, поддонах, подтоварниках.

13.3	Наличие спецодежды у персонала пищеблока, раздаточной и прохождение медицинского осмотра.
13.4	Холодильные и морозильные установки используются для хранения скоропортящихся продуктов. Температура внутри установки контролируется и записывается ежедневно в разное время суток, при любом отклонении от нормы предпринимаются меры по их устранению.
13.5	Наличие холодильного и морозильного оборудования согласно количеству и объекту принимаемого сырья и готовой продукции.
13.6	Все помещения в организации соответствуют санитарным правилам, содержатся в чистоте, без насекомых и грызунов, разделены по функциональным зонам, таким как, раздача пищи и мытье посуды.
13.7	Пищеблок регулярно проверяется на наличие: 1) работающего кухонного оборудования и технологического оборудования для приготовления пищи; 2) маркировки уборочного инвентаря в соответствии с его назначением; 3) отдельных разделочных столов, ножей и досок для резки сырых и вареных продуктов; 4) столов для работы с продуктами из нержавеющей стали или прочного алюминия; 5) столов для разделки сырого мяса из оцинкованного железа с закругленными углами; 6) отдельных раковин для мытья овощей и посуды; 7) планировка дает возможность разделения функций; 8) помещения содержатся в чистоте и отвечают санитарно-эпидемиологическим требованиям. 9) ежедневная органолептическая оценка качества блюд с ведением записи в журнале установленной формы.
13.8	Наличие производственного контроля
13.9	Квалифицированный врач-диетолог или диетсестра осуществляют надзор за приготовлением блюд диетических столов для пациентов.
14.0 ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ	
Организация проводит контроль и профилактику инфекционных заболеваний.	
14.1	Для профилактики и снижения распространения внутрибольничной инфекции, организация коллективно разрабатывает программу по инфекционному контролю, выполняемую во всех структурных подразделениях организации.
14.2	Надзор за программой инфекционного контроля осуществляется комиссией по инфекционному контролю, состоящей из представителей соответствующих структурных подразделений, имеющей четкий круг полномочий и ответственной за: 1) разработку и мониторинг программы инфекционного контроля; 2) утверждение и обзор всех политик и процедур по инфекционному контролю и проведение мероприятий; 3) координацию всех мероприятий по инфекционному контролю; 4) рассмотрение и анализ данных по инфекционному контролю не реже одного раза в год; 5) принятие надлежащих мер при выявлении недостатков инфекционного контроля; 6) оценку эффективности принятых мер.
14.3	Программа инфекционного контроля реализуется квалифицированными специалистами (медицинские сестры и/или врачи), в чьи должностные обязанности входит: 1) реализация программы инфекционного контроля, учитывая рекомендации и замечания сотрудников и пациентов, где применимо; 2) реализация политик; 3) обучение персонала; 4) консультации по инфекционному контролю; 5) разработка и применение методов контроля, включая обзор методов борьбы с инфекцией; 6) предоставление отчетов и рекомендаций.

14.4	<p>Проводится регулярный сбор, сравнение и анализ информации о выявленных случаях инфекций для оценки эффективности мероприятий и показателей по инфекционному контролю:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) результаты своевременно сообщаются в комиссию по инфекционному контролю и руководству клиники и соответствующим сотрудникам; 2) используются стандартные определения для выявления и классификации случаев инфекции, показателей и результатов.
14.5	<p>Проводятся регулярные обзоры клинических и параклинических практик для анализа рисков инфекции, методов инфекционного контроля и потребностей персонала в обучении, включающие:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) обходы; 2) изучение истории болезни пациентов, лабораторных отчетов и записей о назначении лекарственных средств; 3) лабораторные анализы культур из взятых проб и смывов от намеченных участков с возможным риском инфекции; 4) уведомления, выдаваемые медицинскому персоналу.
14.6	<p>В случае возникновения инфекции, персонал следует оформленным документально процессам, чтобы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) незамедлительно выявить, отреагировать и локализовать инфекцию; 2) изолировать инфицированных пациентов; 3) выявить источник и пути распространения инфекции, включая отслеживание всех контактов; 4) проконсультироваться с государственными органами здравоохранения или специалистами по инфекционным заболеваниям; 5) использовать результаты расследований, чтобы предотвратить повторное возникновение данной формы инфекции; 6) сообщить в государственные органы здравоохранения.
14.7	<p>Лабораторный и медицинский персонал, а также медицинские работники, имеющие право назначать лекарственные препараты работают совместно для того, чтобы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) незамедлительно выявить и отреагировать на присутствие новых и резистентных вирусов и бактерий; 2) следовать стратегиям назначения антибиотиков, которые поддерживают осторожное их использование в лечении инфекций, включая ограничение использования антибиотиков широкого спектра действия; 3) проводить наблюдение за множественными резистентными организмами и организмами, связанными с использованием антибактериальных препаратов, как часть программы инфекционного контроля.
14.8	<p>Персонал регулярно проходит инструктаж и своевременно получает обновленную информацию по всем аспектам инфекционного контроля, касающуюся сферы их деятельности, включая:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) программу инфекционного контроля; 2) тщательное мытье и дезинфекцию рук; 3) стандартные процедуры предосторожности относительно передачи инфекций; 4) политики, процедуры, руководства и принципы инфекционного контроля.
14.9	<p>Персонал, имеющий прямой контакт с пациентом моет и дезинфицирует руки:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) перед осмотром или лечением пациентов; 2) после осмотра или лечения пациентов; 3) после физического контакта с любыми материалами или оборудованием в окружении пациента; 4) после снятия перчаток.
14.10	<p>Стандартные инструкции и диаграммы по мытью и дезинфицированию рук размещены во всех отделениях и в местах пребывания пациентов и над раковинами.</p>
	<p>Персонал следует документированным процедурам при:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) обработке, очистке поверхностей;

14.11	2) очистке, дезинфекции и стерилизации оборудования, материалов и медицинских приборов в соответствии с инструкциями производителя; 3) сборе, транспортировке, обработке и хранении грязного и чистого белья для предотвращения инфицирования.
14.12	Технологическая цепочка (последовательность) гигиенических мероприятий от "грязного" до "чистого" обеспечивается путем четкого разделения "грязных" и "чистых" участков, включая отдельные входы и выходы в операционную, прачечную и в центральное стерилизационное отделение.
14.13	Индикатор по внутрибольничным инфекциям: 1) оценивается за определенный период времени; 2) анализируется для возможных действий; 3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
14.14	Индикатор по обучению персонала гигиене рук: 1) оценивается за определенный период времени; 2) анализируется для возможных действий; 3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
14.15	Индикатор реализации правил по гигиене рук в организации: 1) оценивается за определенный период времени; 2) анализируется для возможных действий; 3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
Управление отходами	
14.16	Сбор, временное хранение и вывоз медицинских отходов выполняется в соответствии со схемой обращения с отходами, принятом в объекте здравоохранения, который предусматривает: 1) качественный и количественный состав образующихся отходов; 2) порядок сбора отходов; 3) применяемые способы обеззараживания (обезвреживания) и удаления отходов; 4) гигиеническое обучение персонала правилам эпидемической безопасности при обращении с отходами.
14.17	Для временного хранения медицинских отходов класса Б, В, Г на объекте здравоохранения выделяется отдельное помещение. Комната для хранения медицинских отходов оборудуется вытяжной вентиляцией, холодильным оборудованием для хранения биологических отходов, стеллажами, контейнерами для сбора пакетов с медицинскими отходами, раковиной с подводкой горячей и холодной воды, бактерицидной лампой.
14.18	Для сбора отходов используются одноразовые, водонепроницаемые мешки, пакеты, металлические и пластиковые емкости, контейнеры для сбора и безопасной утилизации. Для сбора каждого класса отходов используются мешки, пакеты различной окраски (отходы класса А – белую, Б – желтую, В – красную, Г – черную), контейнеры, емкости – маркировку. Металлические и пластиковые емкости, контейнеры для сбора опасных отходов плотно закрываются.
14.19	Персонал проходит предварительные и периодические медицинские осмотры, обеспечивается комплектами спецодежды и средствами индивидуальной защиты (халаты, комбинезоны, перчатки, маски, респираторы, специальная обувь, фартуки, нарукавники). К работе с отходами не допускаются лица моложе 18 лет.

РАЗДЕЛ "D": УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ

15.0 ПРАВА ПАЦИЕНТА И СЕМЬИ

Организация реализует политику по защите прав пациентов и их семей

Информация о правах и обязанностях пациента и семьи размещена на государственном и русском языках в местах пребывания пациентов и включает право на: 1) достоинство и уважительное отношение;
--

15.1	<p>2) охрану и безопасность, защиту от физического насилия;</p> <p>3) неприкосновенность частной жизни;</p> <p>4) конфиденциальность информации;</p> <p>5) участие в принятии решений по уходу и принятие информированного решения;</p> <p>6) подачу жалобы/обращений.</p>
15.2	<p>В местах ожидания и в других местах пребывания пациентов выставлен информационный стенд:</p> <p>1) об объеме оказываемых услуг;</p> <p>2) о перечне услуг, предоставляемых на бесплатной основе, также прейскурант цен на платные услуги;</p> <p>3) о процедуре подачи жалоб/обращений и предложений.</p>
15.3	<p>В организации имеется процедура:</p> <p>1) обучения сотрудников по соблюдению прав пациента и его родственников;</p> <p>2) мониторинга знаний и соблюдения персоналом прав пациента и семьи;</p> <p>3) информирования пациентов и их семей с правами и обязанностями;</p> <p>4) своевременного и эффективного расследования и разрешения случаев нарушения прав пациента.</p>
15.4	<p>Организация обеспечивает приватность и конфиденциальность информации о пациенте путем:</p> <p>1) информирования персонала об ответственности за соблюдение конфиденциальности информации;</p> <p>2) обеспечение доступа к информации о пациентах только уполномоченным лицам или по запросу, имеющему законное обоснование;</p> <p>3) получения согласия пациентов на раскрытие их личной информации их семьям и другим организациям;</p> <p>4) соблюдения приватности – имеются ширмы и прикрываются оголенные участки тела;</p> <p>5) участия в уходе посторонних лиц только с согласия пациента.</p>
Средства для удобства пациента и его семьи (при наличии)	
15.5	<p>Организация обеспечивает для пациентов благоприятные условия для пребывания и встреч с посетителями посредством:</p> <p>1) наличия холлов или площадок с диванами или скамейками; помещения в отделениях с телевизором, игрушками для детей, журналами;</p> <p>2) гибких графиков для посещения больных;</p> <p>3) предоставления возможности родственникам или другим лицам участвовать в уходе за больными с согласия пациента;</p> <p>4) наличия места рядом с пациентом, оборудованного для родственника или лица, осуществляющего уход.</p>
15.6	<p>Для пациентов с ограничением способности к передвижению имеются вспомогательные средства для передвижения, поручни и перила, кресло-коляски, костыли и трости, а также предоставляется персонал для помощи таким пациентам.</p>
Информация для пациентов и получение их согласия	
15.7	<p>Пациентам и их семьям (при наличии) предоставляется полная информация в доступной форме:</p> <p>1) о состоянии здоровья пациента;</p> <p>2) о планируемом лечении;</p> <p>3) о стоимости, возможных рисках и пользе предлагаемого лечения или обследования;</p> <p>4) об альтернативных методах лечения и/или диагностики.</p>
15.8	<p>После предоставления информации организации получает согласие пациента:</p> <p>1) в письменном виде с записью его в историю болезни на инвазивные процедуры или операции;</p> <p>2) в письменном виде на его участие в клиническом исследовании, тестировании лекарственных средств и/или новых медицинских технологий.</p>

15.9	Пациенту и его семье (при наличии) предоставляется информация относительно направления в другую медицинскую организацию, такая как стоимость, проезд, время, продолжительность лечения и ожидаемый результат.
15.10	Пациенты и их семьи (при наличии) обеспечиваются информацией об уходе и заболевании посредством: 1) регулярных бесед (обучения), проводимых медицинскими работниками; 2) предоставления видеоматериалов, брошюр и другой информации о профилактике заболевания и пропаганде здорового образа жизни, которые находятся в доступных местах.
Порядок подачи обращений пациентом	
15.11	В организации существует и используется процесс получения обращений от пациентов и их семей относительно нарушения их прав, в котором: 1) обеспечивается информирование пациентов и их семей о том, как подать обращение внутри организации и вне организации; 2) упрощается процедура путем предоставления готовых бланков для обращений или принятия обращений в произвольном или устном виде; 3) обращение передается ответственному лицу для расследования.
15.12	Существует документальный процесс сбора, приоритизации, расследования, а также справедливого и своевременного удовлетворения обращений, что включает следующее: 1) подтверждение поступления обращения (если по обращению еще не были приняты меры к удовлетворению пациента и его семьи); 2) расследование обращений, опрос вовлеченных сотрудников; 3) вынесение решения по обращению; 4) при необходимости, принятие мер; 5) информирование пациента и членов его семьи о ходе и результате расследования.
15.13	Обращения заносятся в журнал регистрации, мониторируется процесс работы с обращениями, и результаты используются для повышения качества.
Отзывы пациентов	
15.14	Организация регулярно измеряет степень удовлетворенности пациентов и их семей услугами путем: 1) предоставления пациентам и населению контактных данных (почтовый и электронный адрес) для обратной связи; 2) ведения записи замечаний, пожеланий и благодарностей, полученных в письменном виде, по телефону или лично от пациентов; 3) проведения анкетирования пациентов с целью определения удовлетворенности пациентов для оценки качества оказания услуг, работы персонала и где применимо, системы оплаты; 4) анализа данных и определения тенденций, которые используются для повышения качества.
16.0 ДОСТУП К УХОДУ, ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ПЛАНИРОВАНИЕ УХОДА	
После госпитализации проводится первичный осмотр с участием мультидисциплинарной команды и определяется план лечения или ухода за пациентом.	
16.1	Доступность услуг организации для населения осуществляется путем: 1) предоставления бесплатного обслуживания в соответствии с Перечнем гарантированного объема бесплатной медицинской помощи; 2) удобного графика работы служб для групп пациентов в соответствии с предоставляемыми услугами; 3) информирования населения об объеме услуг, графике работы
16.2	Пациента госпитализируют обоснованно, согласно утвержденным критериям госпитализации или перечню оказываемых услуг.
	Госпитализированным пациентам и их семьям: 1) объясняют правила пребывания в организации, часы посещения;

16.3	<p>2) роль гигиены рук в предотвращении инфекций, объясняют, как обрабатывать руки, показывают, где находятся туалеты, душевые и раковины, которые находятся в рабочем состоянии и доступны круглосуточно;</p> <p>3) пациентам выделяют койку с чистым бельем;</p> <p>4) информация о необходимой сменной одежде, обуви.</p>
Осмотр пациента	
16.4	Пациентам проводится осмотр с участием мультидисциплинарной команды (реабилитолог, невролог, физиотерапевт или специалист по ЛФК, средний медперсонал по уходу и другие специалисты) в течение 8 часов после госпитализации.
16.5	<p>Первичный осмотр пациента проводится согласно утвержденной форме осмотра, где документируется следующее:</p> <p>1) жизненно важные показатели (температура, давление, пульс, частота дыхания);</p> <p>2) анамнез заболевания;</p> <p>3) аллергологический и медикаментозный анамнез;</p> <p>4) физикальный осмотр (по системам);</p> <p>5) оценка боли;</p> <p>6) оценка риска падения;</p> <p>7) оценка функционального статуса (способность к самообслуживанию);</p> <p>8) оценка психологического, социально-экономического статуса;</p> <p>9) если применимо, духовных потребностей;</p> <p>10) признаки насилия, жестокого или невнимательного обращения (синяки или царапины на коже или из опроса);</p> <p>11) нутриционный скрининг.</p>
16.6	<p>В организации есть процесс выявления жертв насилия, жестокого или невнимательного обращения:</p> <p>1) определены критерии, по которым информация о таких пациентах должна сообщаться в соответствующие внешние организации;</p> <p>2) при наличии признаков насилия, жестокого или невнимательного обращения (синяки или царапины на коже или из опроса), медицинская организация сообщает об этом в соответствующие организации и принимает меры по их предотвращению;</p> <p>3) персонал обучен правилам и процессу выявления жертв насилия, жестокого или невнимательного обращения</p>
Планирование лечения и ухода за пациентом	
16.7	Мультидисциплинарная команда (реабилитолог, невролог, физиотерапевт или специалист по ЛФК, средний медперсонал по уходу и другие специалисты по необходимости) коллективно определяет первичный диагноз и план лечения и ухода, которые документируются в медицинской карте.
16.8	<p>План лечения и ухода обоснован:</p> <p>1) отражает потребности пациента согласно осмотру и исследованиям,</p> <p>2) содержит цели и ожидаемые результаты ухода,</p> <p>3) соответствует утвержденным протоколам диагностики и лечения.</p>
17.0 ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ.	
Своевременное и безопасное лечение и уход за пациентом предоставляются в соответствии с планом лечения и ухода за пациентом и предоставление услуг завершается согласно плану.	
17.1	Медперсонал, участвующий в уходе за пациентом, ознакомлен с планом ухода.
17.2	План лечения и ухода своевременно реализуется (выполняется).
17.3	Для каждого пациента определяется одно лицо (лечащий врач или координатор лечения), ответственное за его лечение и уход в течение пребывания пациента организации. При смене этого лица, пациенту сообщается, кто будет его заменять.
	Состояние пациентов повторно оценивают через промежутки времени, определенные в правилах организации, чтобы:

17.4	<p>1) определить реакцию на реабилитационное или иное лечение;</p> <p>2) запланировать дальнейшее лечение или выписку пациента.</p> <p>Результаты повторных осмотров, динамика состояния пациента в достижении целей лечения и ухода документируются в медицинской карте.</p>
17.5	<p>Пациенты могут получить помощь по требованию:</p> <p>1) имея легкодоступный функционирующий звонок (кнопку) вызова у кровати и в ваннных комнатах /туалетах для пациентов;</p> <p>2) медицинский персонал доступен в любое время в соответствии с графиком дежурств;</p> <p>3) дежурный врач осматривает пациентов, требующих специального лечения, и вносит данные осмотра в медицинскую карту пациента.</p>
17.6	<p>Регулярно проводится оценка боли пациентов с использованием соответствующего инструмента/ шкалы, по данным оценки проводится снижение боли в соответствии с правилами организации.</p>
17.7	<p>Безопасность пациента обеспечивается путем:</p> <p>1) идентификации пациента двумя различными методами во время раздачи лекарственных препаратов, при переливании крови и продуктов крови, при заборе образцов крови и других образцов для клинического анализа или предоставлении любого другого лечения или процедуры;</p> <p>2) верификации участка тела до проведения диагностической или лечебной процедуры;</p> <p>3) использования процесса принятия устной или телефонной информации с проверочным повтором записанного полного текста информации лицом, получившим эту информацию.</p>
17.8	<p>Риск падения для каждого пациента:</p> <p>1) оценивается повторно с записью в медицинской карте – через регулярные промежутки времени, а также после приема лекарств, повышающих риск падения (вызывающих головокружение, слабость), после процедур, повышающих риск падения (физиотерапия и тому подобное),</p> <p>2) снижается или устраняется путем принятия мер (сопровождение пациента).</p>
17.9	<p>В течение всего времени оказания услуг пациенту поддерживается целостность и непрерывность путем:</p> <p>1) совместных обходов, консилиумов;</p> <p>2) передачи достаточной информации о пациентах при сдаче дежурства между сменами;</p> <p>3) преемственности между службами и подразделениями;</p> <p>4) ведения медицинской карты пациента с внесением точных и своевременных записей о динамике состояния.</p>
17.10	<p>План лечения пациента пересматривается в соответствии с результатами повторных осмотров и прогрессом в достижении определенных целей.</p>
17.11	<p>Индикатор по идентификации пациентов:</p> <p>1) оценивается за определенный период времени;</p> <p>2) анализируется для возможных действий;</p> <p>3) данные предоставляются во время аккредитационного обследования.</p>
17.12	<p>Индикатор по передаче информации (при передаче смены, смена службы, передвижение между службами):</p> <p>1) оценивается за определенный период времени;</p> <p>2) анализируется для возможных действий;</p> <p>3) данные предоставляются во время аккредитационного обследования.</p>
Окончание обслуживания	
17.13	<p>Персонал готовит пациентов к переводу, выписке или окончанию обслуживания, и последующему лечению, там, где применимо, путем:</p> <p>1) планирования окончания услуг, поставляемых пациенту и его семье;</p> <p>2) оценки и документирования готовности пациента к выписке/ переводу и его текущих потребностей;</p>

	3) с участием других лечебных организаций там, где требуется дальнейший уход или лечение (направление пациента в другие лечебные учреждения или в другие организации); 4) выдачей рекомендаций по дальнейшему уходу.
17.14	Выписной эпикриз оформляется и 1) выдается пациенту до выписки или перевода; 2) содержит - причины госпитализации, - значимые заключения, - диагноз, - проведенное лечение иди уход, выполненные процедуры, принятые медикаменты, - состояние пациента при выписке, - указание того, были ли достигнуты цели ухода и лечения, - рекомендации по дальнейшему лечению и уходу пациента.
18.0 ЛАБОРАТОРНАЯ СЛУЖБА	
Объем лабораторных услуг в организации четко определен	
18.1	Оказываемые услуги и их организация четко описаны (имеется список услуг и стандартные операционные процедуры)
18.2	Подготовлен и реализован План повышения качества
18.3	Руководитель лабораторной службы имеет соответствующую квалификацию (включая клинические и управленческие требования).
18.4	Должностная инструкция руководителя лабораторной службы включает следующие обязанности: 1) обзор клинической и технической компетентности персонала; 2) передача полномочий, если применимо; 3) участие в разборе жалоб; 4) консультативная помощь при оценке нового оборудования; 5) оказание консультативной помощи по клиническим и техническим процедурам, современной наилучшей практике и важным научным находкам для клинического и технического персонала; 6) организация разработки всех клинических и технических правил, процессов и процедур; 7) несет ответственность за создание и функционирование системы управления качеством лабораторных услуг.
18.5	Руководитель лабораторной службы обеспечивает функционирование системы управления качеством лабораторных услуг.
18.6	Руководитель лабораторной службы обеспечивает, чтобы все лабораторные услуги предоставлялись в соответствии с установленными правилами и процедурами оказания услуг.
18.7	Руководитель лабораторной службы обеспечивает, чтобы проводился непрерывный мониторинг качества и выполнялся текущий план повышения качества.
Ресурсы, имеющиеся для оказания качественных лабораторных услуг	
18.8	Имеется надлежащая численность компетентного персонала, способного оказывать объем услуг лаборатории.
18.9	Имеется надлежащее оборудование для оказания объема услуг лаборатории, а также определены процедуры использования оборудования: 1) отбор; 2) квалификация, включая установку, работу и результативность; 3) идентификация и использование; 4) техническое обслуживание; 5) калибровка; 6) система сигнализации, если применимо;

	7) информационные системы, включая системы электронной записи; 8) система обеспечения бесперебойного электропитания оборудования.
18.10	Здание и инфраструктура лаборатории соответствуют для безопасного оказания объема услуг лаборатории.
19.0 МЕНЕДЖМЕНТ МЕДИКАМЕНТОВ	
Управление и использование лекарственных средств является безопасным, эффективным и рациональным	
19.1	Сертифицированный квалифицированный фармацевт доступен в любое время и: 1) проводит выбор, заказ, раздачу и распределение лекарственных средств; 2) контролирует фармацевтические услуги, предоставляемые медицинским персоналом; 3) проводит мониторинг назначенных лекарственных средств; 4) предоставляет консультации персоналу и пациентам.
19.2	Организация использует утвержденный перечень основных лекарственных средств (лекарственный формуляр), который: 1) подготовлен с учетом предоставляемых услуг, нужд пациента, научной обоснованности и экономической эффективности и доступности; 2) включает все необходимые терапевтические группы лекарственных препаратов; 3) включает списки лекарственных препаратов высокого риска, применяемых в организации; 4) доступен для медицинского персонала во всех клинических подразделениях; 5) является текущим и обновляется не менее одного раза в год.
19.3	Реанимационная сумка или тележка с лекарственными препаратами, которые могут срочно потребоваться в критических ситуациях, например, при остановке сердца: 1) имеется в наличии во всех местах, где находятся пациенты; 2) когда не используется, закрыта или прикреплена к стене (в случае с тележкой); 3) укомплектована в соответствии с утвержденным перечнем; 4) доукомплектовывается после использования, включая инструкции по оказанию неотложной помощи.
19.4	Заказ, хранение, использование и списание лекарственных средств, подлежащих строгому учету, регулируются в соответствии с утвержденными положениями и процедурами: 1) хранение осуществляется в отдельном металлическом шкафу, прочно фиксированном к стене или полу; 2) заказ составляется уполномоченным специалистом с заполнением учетно-отчетной документации; 3) все дозы были подсчитаны и зарегистрированы в книге учета медикаментов.
19.5	Все лекарственные средства с истекшим сроком годности или списанные по иным причинам (в том числе и препараты, возвращенные пациентами, неиспользованные лекарственные средства, подлежащие строгому учету), безопасно утилизируются в соответствии с письменной процедурой.
19.6	Организация разрабатывает подходы по повышению безопасности использования лекарственных средств: 1) концентрированные лекарственные средства хранятся отдельно от других лекарственных средств с дополнительным предупреждением, напоминающим персоналу о необходимости разбавления перед использованием; 2) запрещено хранение концентрированных электролитов (включая хлорид калия, фосфат калия, хлорид натрия >0.9 %, сульфат магния и других электролитов) в зонах пребывания пациентов; 3) все лекарственные средства, контейнеры для медикаментов, шприцы, системы для внутривенного вливания, поильники и др., находящиеся в стерильных зонах, маркируются; 4) внедрены и используются процессы с целью предотвращения ошибок назначения и применения препаратов высокого риска и концентрации, препаратов, имеющих схожую упаковку, или созвучных препаратов.
	В организации имеется система, которая обеспечивает, что рецепты:

19.7	<p>1) выдаются только уполномоченными медицинскими работниками, имеющими право назначать рецептурные препараты (зарегистрированными практикующими врачами);</p> <p>2) заполнены разборчивым почерком и должным образом подписаны врачом;</p> <p>3) включают возраст и пол пациента, предварительный или подтвержденный диагноз, частоту и продолжительность приема, дозу, форму лекарственных препаратов.</p>
19.8	<p>Персонал следует письменной политике, включая временные рамки и способ заказа, для устных заказов медикаментов в чрезвычайных обстоятельствах, которые были согласованы медицинским, медсестринским и фармацевтическим персоналом.</p>
19.9	<p>Все лекарственные препараты, выданные из аптеки и расфасованные, согласно этапам лекарственного менеджмента, должны, по меньшей мере, иметь следующую маркировку:</p> <p>1) наименование лекарственного препарата и указание его концентрации;</p> <p>2) срок годности;</p> <p>3) принимаемая доза и частота;</p> <p>4) прочие письменные инструкции по использованию, в случае необходимости.</p>
19.10	<p>Пациенту, включая пациента на выписку, предоставляется письменная и устная информация относительно выписанного лекарственного препарата, включая:</p> <p>1) стоимость, если применимо;</p> <p>2) положительное действие (эффективность) и побочные эффекты;</p> <p>3) риски несоблюдения инструкций;</p> <p>4) безопасный и соответственный способ использования лекарственного препарата.</p>
19.11	<p>Имеется утвержденная больничная форма для назначений лекарственных препаратов, согласно которой назначаются все лекарственные препараты для отдельного клиента/пациента.</p>
19.12	<p>Все лекарственные препараты для отдельного пациента выписываются согласно утвержденной больничной форме, листа назначения медикаментов или лекарственного формуляра медицинской организации:</p> <p>1) ФИО (при его наличии) пациента</p> <p>2) дата;</p> <p>3) лекарственный препарат, принимаемая доза и частота, и выдаваемое количество;</p> <p>4) продолжительность приема;</p> <p>5) ФИО (при его наличии) назначившего врача.</p>
19.13	<p>Организация определяет политику и процедуры по безопасному и точному назначению лекарственных препаратов, включая следующее:</p> <p>1) лекарственные препараты назначаются только врачами;</p> <p>2) лекарственные препараты назначаются в соответствии с пятью "правильно" - правильное лекарство, правильная доза, правильный способ применения, правильное время и правильный пациент;</p> <p>3) пациентов информируют относительно побочных эффектов лекарственных препаратов;</p> <p>4) когда и как лекарственные препараты можно принимать самому;</p> <p>5) безопасная дозировка педиатрических лекарственных препаратов в случае критической ситуации, если применимо;</p> <p>6) показания к назначению парентерального питания;</p> <p>7) документальное фиксирование каждой принятой дозы лекарственного препарата.</p>
19.14	<p>Безопасному, эффективному и экономному использованию лекарственных препаратов способствует фармацевтическая служба по мониторингу назначений посредством:</p> <p>1) определения несоответственного лекарственного препарата;</p> <p>2) мониторинга неблагоприятных реакций;</p> <p>3) мониторинга всех лекарственных препаратов с высоким риском;</p> <p>4) мониторинга антибиотиков на рациональное использование;</p> <p>5) мониторинга раздачи и других ошибок с медикаментами;</p>

	<p>6) проверки адекватности маркировки лекарственных препаратов и информации на листке-вкладыше в упаковке;</p> <p>7) визуального контроля лекарственных препаратов, для того, чтобы оценить их качество и сроки годности;</p> <p>8) способствования назначению экономичных и недорогих лекарственных препаратов.</p>
19.15	<p>Индикатор надлежащего использования профилактических антибиотиков (обязательное и своевременное введение):</p> <p>1) оценивается за определенный период времени;</p> <p>2) анализируется для возможных действий;</p> <p>3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.</p>
19.16	<p>Индикатор ошибок при назначении и предоставлении медикаментов (неправильное лекарство, неверная доза, неверное применение):</p> <p>1) оценивается за определенный период времени;</p> <p>2) анализируется для возможных действий;</p> <p>3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.</p>
<p>20.0 МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА</p> <p>Записи в медицинской карте пациента содержат достоверные, точные и всесторонние данные, и призваны для обеспечения безопасного и непрерывного лечения за пациентом.</p>	
20.1	<p>Персонал следует документированному процессу управления медицинскими записями о пациентах, включающему:</p> <p>1) проводимые записи, включая присвоение пациентам идентификатора;</p> <p>2) использование только общеизвестных символов и сокращений;</p> <p>3) поддержание стандартизованного формата с целью облегчения поиска информации в медицинских записях;</p> <p>4) своевременное оформление медицинской документации медицинскими сотрудниками;</p> <p>5) хранение, защиту, восстановление и архивирование медицинской документации пациента.</p>
20.2	<p>На каждого пациента оформляется медицинская карта, включающая всю информацию от врачей и оформленную в хронологическом порядке, благодаря которой возможна эффективная коммуникация и непрерывность лечения и ухода, включая:</p> <p>1) дату и время поступления;</p> <p>2) анамнез заболевания;</p> <p>3) оформленный документально диагноз по каждой записи, сделанной другой службой;</p> <p>4) клинический осмотр;</p> <p>5) план лечения и ухода за пациентом, включая цели и ожидаемые результаты;</p> <p>6) план последующих действий в уходе за пациентом;</p> <p>7) назначения лекарственных средств;</p> <p>8) планирование лечебно-диагностических исследований и интерпретация полученных результатов;</p> <p>9) прочие детали ухода и лечения.</p>
20.3	<p>Записи в медицинской карте пациента, включая изменения, вносятся только уполномоченными лицами и отвечают следующим требованиям:</p> <p>1) вести записи разборчиво;</p> <p>2) производить записи своевременно;</p> <p>3) подписать с указанием ФИО (при его наличии);</p> <p>4) включать дату и время проводимых мероприятий;</p>
20.4	<p>В медицинской карте имеются записи, предупреждающие персонал о наличии неблагоприятного фона у пациента, таком как аллергический анамнез, неблагоприятные реакции на лекарственные средства, радиоактивная опасность и риск заражения.</p>
	<p>В медицинской карте пациента имеется свидетельство о реализации плана лечения и ухода за пациентом, включающее следующие пункты:</p> <p>1) наблюдение;</p>

20.5	<ul style="list-style-type: none"> 2) записи о консультациях; 3) сведения и результаты вмешательств, и полученное информированное согласие; 4) записи обо всех значительных событиях, 5) реакцию организма на лечение и уход, а также прогресс в достижении целей; 6) любые потенциально опасные происшествия, инциденты или неблагоприятные события.
20.6	Копия информации о медицинских услугах, предоставленная другим медицинским организациям и поставщикам после направления пациентов или после предоставления пациенту услуг, хранится в его медицинской карте.
20.7	Регулярно проводятся запланированные проверки медицинской документации с целью рассмотрения полноты, точности и своевременности заполнения.
20.8	<p>Индикатор ошибок, связанных с медицинской документацией пациентов:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) оценивается за определенный период времени; 2) анализируется для возможных действий; 3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
20.9	<p>Индикатор проведенных аудитов (службой внутреннего аудита):</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) оценивается за определенный период времени; 2) анализируется для возможных действий; 3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
<p>21.0 КАЧЕСТВО ЛЕЧЕНИЯ И УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ</p> <p>Организация постоянно отслеживает, оценивает и улучшает качество клинических процессов, и процессов связанных с уходом за пациентом.</p>	
21.1	<p>По всем лечебно-профилактическим процедурам имеются стандартные процедуры, клинические руководства, протоколы и алгоритмы, которые:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) разрабатываются на основании научных исследований и доказательств; 2) утверждаются руководителем организации; 3) используются для обучения и проведения аттестации (по меньшей мере, один раз в год) персонала по выполнению процедуры; 4) выполняется назначенным персоналом.
21.2	<p>Проверяется клиническое качество, а также результаты, примененные для улучшения, путем использования:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) графика экспертиз медицинских карт больного для оценки соответствия стандартам, стратегиям и процедурам; 2) разбора случаев, подлежащих обязательной экспертизе в соответствии с нормативными актами.
21.3	<p>Предоставление пациенту медицинских услуг отслеживается, результаты используются для улучшения следующих аспектов:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) времени ожидания; 2) оценки состояния пациента; 3) наличие, содержание и ведение медицинской документации; 4) инфекционный контроль и отчетность; 5) рациональное использование антибиотиков; 6) ошибки назначения лекарственных средств и неблагоприятные реакции при использовании препаратов; 7) использование ограничений и изоляции.
21.4	<p>Внедрен процесс по выявлению ошибок при назначении лекарственных препаратов и информирования о неблагоприятных событиях при использовании лекарственных средств:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) информация своевременно сообщается в соответствии с установленной процедурой; 2) анализ полученных данных используется для улучшения качества с целью снижения уровня ошибок при назначении и использовании лекарственных препаратов.

21.5	В организации создана Формулярная комиссия, анализирующая использование антибактериальных препаратов в лечении пациентов для определения эффективности лечения и контроля за развитием резистентности к антибиотикам, рациональным использованием лекарственных препаратов.
21.6	<p>Показатели, разработанные для приоритетных болезней и ключевых клинических процессов, например, время ожидания, повторная госпитализация, ошибки в назначении лекарственных препаратов, уровень инфекции:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) определяются на непрерывной основе; 2) измеряются с согласованной частотой; 3) информация передается в соответствующие комитеты, руководству и персоналу; 4) определенные услуги, предоставленные за определенный промежуток времени сравниваются с исходными данными; 5) информация используется для повышения качества.