

О внесении изменения и дополнения в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 года № 676 "Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций"

Утративший силу

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 июня 2018 года № 325. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 25 июня 2018 года № 17115. 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 медицинских организаций" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 8064, опубликован в газете "Казахстанская правда" 13 марта 2013 года № 91-92 (27365 – 27366)) следующие изменение и дополнение:

пункт 1 изложить в следующей редакции:

"1. Утвердить:

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

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

3) стандарты аккредитации медицинских организаций скорой медицинской помощи и санитарной авиации, согласно приложению 3 к настоящему приказу;

4) стандарты аккредитации медицинских организаций восстановительного лечения и медицинской реабилитации, согласно приложению 4 к настоящему приказу;

5) стандарты аккредитации медицинских организаций, оказывающих паллиативную помощь и сестринский уход, согласно приложению 5 к настоящему приказу;

б) стандарты аккредитации для организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере службы крови, согласно приложению 6 к настоящему приказу.;"

дополнить приложением 6 согласно приложению 6 к настоящему приказу.

2. Признать утратившим силу приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 января 2014 года № 2 "Об утверждении стандартов аккредитации для организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере службы крови" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 9148, опубликован в газете "Казахстанская правда" 28 июня 2014 года № 126 (27747)).

3. Комитету охраны общественного здоровья Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан порядке обеспечить:

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

2) в течение десяти календарных дней со дня государственной регистрации настоящего приказа направление его копии в бумажном и электронном виде на казахском и русском языках в Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения "Республиканский центр правовой информации" для официального опубликования и включения в Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов Республики Казахстан;

3) в течение десяти календарных дней после государственной регистрации настоящего приказа направление его копии на официальное опубликование в периодические печатные издания;

4) размещение настоящего приказа на официальном интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан после его официального опубликования;

5) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа представление в Департамент юридической службы Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1), 2), 3) и 4) настоящего пункта.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Цой А.В.

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

*Министр здравоохранения
Республики Казахстан*

Е. Биртанов

Стандарты аккредитации медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь

Глава 1: Руководство

№	Измеряемые критерии	Ранги
1. Орган управления медицинской организации. Функции Органа управления (Наблюдательный Совет, Совет директоров, учредитель (и)) медицинской организации прописаны в документах		
1)	Структура и функции Органа управления, включая делегированные первому руководителю (-ям) медицинской организации полномочия, прописаны в Уставе (Положении) медицинской организации **	III
2)	Члены Органа управления медицинской организации избираются в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	III
3)	Органом управления утверждены критерии и ежегодно проводится оценка работы первого руководителя (-лей) медицинской организации	III
4)	Медицинская организация ежеквартально предоставляет Органу управления отчеты о результатах основной деятельности, включая сведения об ошибках медицинского персонала, жалобах, случаях смерти и результатах проведенного анализа по упомянутым событиям **	II
5)	Ежегодная оценка работы Органа управления вышестоящим органом здравоохранения или вышестоящим учредителем и оценка первого руководителя (-лей) медицинской организации подтверждается документально. Орган управления, являющийся высшим уровнем управления медицинской организации, оценивает свою деятельность в виде ежегодной самооценки **	I
2. Стратегическое и операционное планирование. Руководители медицинской организации планируют услуги согласно потребностям населения		
1)	В документе по стратегическому планированию (стратегия развития или стратегический план) (далее – стратегический план) излагаются миссия, видение, ценности, стратегические цели, задачи и индикаторы исполнения задач **	III
2)	Стратегический план медицинской организации разрабатывается с участием представителей структурных подразделений медицинской организации и согласуется Органом управления**	II
3)	На основании стратегического плана разрабатывается и утверждается годовой план медицинской организации **	II
4)	Руководство ежеквартально проводит мониторинг выполнения мероприятий годового плана организации (планов работы подразделений) и данных по индикаторам **	II
5)	Руководство планирует годовой бюджет и организует обеспечение медицинской организации необходимыми ресурсами для реализации производственных задач **	I
3. Производственное управление. Эффективное управление медицинской организации осуществляется в соответствии с ее миссией и основной деятельностью		
1)	Миссия и видение медицинской организации являются доступными для ее персонала и населения	III

2)	Медицинская организация действует в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан и своевременно реагирует на результаты проверок уполномоченных органов ***	III
3)	Для каждого структурного подразделения утверждается положение о подразделении с описанием основных функций и списком оказываемых услуг *	III
4)	Руководители структурных подразделений отчитываются перед руководством медицинской организации о выполнении поставленных задач и достижении желаемых результатов по индикаторам (смотреть подпункты 1), 2) пункта 8 настоящего Стандарта) **	II
5)	Руководство медицинской организации проводит системную, плановую работу по предупреждению рисков (смотреть подпункты 1), 4) и 5) пункта 9 настоящего Стандарта)	I
4. Организационная структура. Организационная структура соответствует миссии и деятельности организации		
1)	Организационная структура представляется в виде схемы, утверждается руководством медицинской организации и доводится до сведения персонала организации **	III
2)	В организационной структуре указывается должностное лицо, осуществляющее общее руководство медицинской организацией, и должностное лицо, осуществляющее контроль лечебно-профилактической деятельности	III
3)	В организационной структуре указывается должностное лицо, осуществляющее контроль сестринского ухода, должностное лицо, осуществляющее деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг, и (или) иные руководящие лица для реализации миссии медицинской организации	III
4)	В организационной структуре указывается должностное лицо, осуществляющее контроль эффективного управления финансовыми ресурсами	III
5)	Координация взаимодействия персонала структурных подразделений обеспечиваются положениями о подразделениях (где указаны функции подразделений), должностными инструкциями, правилами и процедурами организации, а также работой соответствующих комиссий медицинской организации	II
5. Этические нормы. Определяются и соблюдаются этические нормы организации		
1)	В медицинской организации определяются этические нормы, которыми она руководствуется в своей деятельности, в том числе при принятии решений и определении правил поведения персонала	III
2)	Этический кодекс медицинской организации разрабатывается с участием представителей структурных подразделений медицинской организации и утверждается руководством *	III
3)	В медицинской организации создана Этическая комиссия для рассмотрения этических вопросов возникающих при оказании медицинской помощи **	II
4)	В медицинской организации внедрен процесс выявления, своевременного анализа и принятия мер по этическим вопросам (решения о прекращении лечения, отказе в лечении и другие ситуации в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан) ***	I
5)	Персонал медицинской организации проходит обучение по вопросам этических норм в здравоохранении **	II
6. Культура безопасности (не карательная обстановка в коллективе, при которой безопасность пациента ставится выше профессиональной солидарности). Руководство организации внедряет и поддерживает культуру безопасности, поощряет выявление инцидентов и принимает системные меры по улучшению работы		
1)	Руководители и персонал медицинской организации обучены определениям: "культура безопасности", "инцидент", "потенциальная ошибка", "ошибка", "экстремальное событие", а также правилам оповещения и расследования инцидентов **	I

2)	В медицинской организации внедрен процесс обеспечения страхования (гарантирования) профессиональной ответственности медицинских работников, выполняющих процедуры и операции высокого риска (с высоким риском судебных исков) **	I
3)	В медицинской организации определены должностные лица ответственные за выявление, документирование и мониторинг инцидентов	I
4)	Внедрен процесс регистрации и оповещения об инцидентах в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации *	I
5)	В целях повышения качества услуг руководством медицинской организации принимаются системные действия, направленные на профилактику проблем и снижение рисков **	I
7. Управление качеством. В медицинской организации определяется должностное лицо, осуществляющее деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг, и утверждается программа или план, определяющие основные направления работы по улучшению качества оказания медицинских услуг		
1)	Должностное лицо медицинской организации, осуществляющее деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг, обладает необходимыми навыками и знаниями в области улучшения качества (смотреть подпункт 3) пункта 4 настоящего Стандарта) **	I
2)	Орган управления медицинской организации ежегодно утверждает программу или план мероприятий по непрерывному улучшению качества медицинских услуг и повышения безопасности пациента с участием всех подразделений медицинской организации *	II
3)	В документе по непрерывному улучшению качества медицинских услуг дается определение термина "экстремальное событие"	II
4)	Экстремальное событие подлежит обязательному расследованию и о его результатах информируются руководство медицинской организации, заинтересованный пациент (ы), а также Орган управления медицинской организации (в квартальном отчете с указанием принятых мер) (смотреть подпункт 4) пункта 1 настоящего Стандарта) **	II
5)	Персонал медицинской организации обучается методам (инструментам) улучшения качества и надлежащему использованию статистических данных, полученных в результате мониторинга деятельности медицинской организации (смотреть подпункт 2) пункта 19 настоящего Стандарта)	I
8. Непрерывное повышение качества. В медицинской организации внедряется программа непрерывного повышения качества медицинских услуг и безопасности пациента		
1)	Руководство ежегодно участвует в определении приоритетных индикаторов повышения качества (далее – индикаторы) медицинских услуг и безопасности пациента, как в целом для медицинской организации, так и для отдельных структурных подразделений. Показатели по достижению ключевых индикаторов включаются в квартальные отчеты медицинской организации об основной деятельности (смотреть подпункт 4) пункта 1 и подпункт 4) пункта 2 настоящего Стандарта) **	I
2)	Индикаторы структурных подразделений измеримы: разрабатываются формулы расчета (с определенным числителем и знаменателем, если применимо), определяются желаемые пороговые значения; проводится сбор данных и анализ индикаторов **	I
3)	Проводится клинический аудит медицинских карт, согласно утвержденным внутренним процедурам медицинской организации, соответствующих требованиям законодательством Республики Казахстан Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н * Результаты клинического аудита используются при разработке мер по повышению качества медицинских услуг *	I
4)	Проводится анкетирование удовлетворенности пациентов в соответствии с законодательством Республики Казахстан. Результаты анкетирования учитываются при разработке мер по повышению качества медицинских услуг *	I
5)	На заседаниях соответствующих комиссий проводится разбор клинических случаев, результаты которого применяются для улучшения клинической деятельности	I

9. Управление рисками. В медицинской организации внедряется программа по управлению рисками

1)	Медицинская организация имеет утвержденную программу по управлению рисками, которая включает следующие элементы: цель и задачи документа; образец реестра рисков и способ оценки рисков; утвержденное должностное лицо, осуществляющее деятельность по управлению рисками; требования по обучению персонала; виды рисков (стратегические, клинические, финансовые и прочие риски); образец плана действий по устранению рисков и требование разработать действие на каждый значительный риск; требование информировать заинтересованные стороны о рисках *	I
2)	Утвержденная программа по управлению рисками реализуется персоналом медицинской организации, который участвует в: выявлении рисков; сообщении о рисках; оценке и определении приоритетности рисков; анализе инцидентов (потенциальных ошибок, ошибок, экстремальных событий); составлении и реализации плана действий	I
3)	Руководители структурных подразделений и персонал медицинской организации осведомлены о возможных неблагоприятных событиях, которые могут возникнуть вследствие клинических, техногенных и организационных особенностей производственных процессов (далее – риски) в своих подразделениях	I
4)	Медицинская организация проводит непрерывную оценку рисков. Источники информации о рисках: инциденты, медицинский персонал, наблюдения, обзор документации, пациенты и их законные представители **	I
5)	Медицинская организация принимает меры по полноценной реализации мероприятий программы управления рисками, снижению или устранению рисков (ежегодно составляется, обновляется и корректируется план действий по снижению рисков) **	I
10. Клинические протоколы. Руководители медицинской организации контролируют применение и внедрение медицинским персоналом клинических протоколов		
1)	Руководством медицинской организации проводится мониторинг внедрения и применения клинических протоколов диагностики и лечения (далее – клинические протокола)	III
2)	В медицинской организации определены ответственные лица по мониторингу внедрения и применения клинических протоколов	I
3)	Мероприятия по мониторингу внедрения клинических протоколов осуществляются в рамках плановых мероприятий внутренней экспертизы в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан	III
4)	Проводится клинический аудит путем ретроспективного и (или) текущего анализа медицинских карт на предмет их соответствия требованиям клинических протоколов, основанных на доказательной медицине	I
5)	Результаты клинического аудита медицинских карт применяются для обратной связи с медицинским персоналом, обучения персонала и других мероприятий для повышения качества медицинских услуг в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации	I
11. Работа с населением. Медицинская организация вовлекает пациентов, население и персонал в планирование оказания медицинских услуг и способствует доступности оказываемых медицинских услуг для населения		
1)	Медицинская организация информирует население об оказываемых медицинских услугах и условиях (порядке) их получения, а также о любых изменениях в списке оказываемых медицинских услуг и условиях (порядке) их получения **	III

2)	Медицинская организация информирует население о качестве оказываемых медицинских услуг (индикатор "удовлетворенность пациента" и другие) **	III
3)	Медицинская организация постоянно поддерживает обратную связь с населением по оказываемым медицинским услугам через средства коммуникации (веб-сайт, социальные сети, телефон, call-центр)	III
4)	Медицинская организация участвует в программах по обучению населения здоровому образу жизни и профилактике заболеваний **	III
5)	В соответствии с утвержденными процедурами медицинская организация планирует оказание медицинских услуг с учетом потребностей населения	II

Глава 2: Управление ресурсами

12. Управление финансами. Финансовые ресурсы медицинской организации используются эффективно для реализации плановых задач		
1)	Бюджет медицинской организации соответствует поставленным задачам стратегического и операционного (годового) планов работы (смотреть подпункты 2), 3) пункта 2 настоящего Стандарта)	II
2)	Бюджет организации составляется на основании заявок руководителей подразделений	III
3)	Бюджет позволяет обеспечивать медицинскую организацию необходимыми ресурсами для осуществления деятельности и пересматривается в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации (смотреть подпункт 5) пункта 2 настоящего Стандарта)	III
4)	Для экстренного приобретения лекарственных средств и изделий медицинского назначения, отсутствующих в медицинской организации, имеется договор их внепланового закупа **	II
5)	Медицинские услуги, осуществляемые на платной основе, оказываются на основании утвержденного прейскуранта цен, доступного населению **	II
13. Финансовый аудит и бухгалтерский учет. Управление финансовыми ресурсами организации проводится в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан		
1)	Существует система или процесс внутреннего финансового контроля	II
2)	Внешний государственный аудит и внешний аудит медицинской организации проводится в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	III
3)	Бухгалтерский учет основывается на достоверной финансовой информации обо всех источниках доходов и расходов, обеспечивает своевременные и точные финансовые отчеты для принятия решений. Бухгалтерский учет ведется с применением признанных автоматизированных программ **	III
4)	Прибыли, убытки и расходы на медицинские услуги регулярно отслеживаются в сравнении с бюджетами и предоставляются первому руководителю в виде ежеквартальных финансовых отчетов **	III
5)	Бухгалтерские отчеты своевременно направляются в налоговые органы и органы государственной статистики	II
14. Фонд оплаты труда. Оплата труда персонала осуществляется своевременно и с учетом дифференцированного вклада работника в производительность организации		
1)	Оплата труда персонала медицинской организации осуществляется на основании утвержденного положения, согласованного с Органом управления (далее - Положение) *	III
2)	При оплате труда персонала медицинской организации на основе дифференцированной системы оплаты, в Положении предусмотрены индикаторы для определения производительности труда персонала, утвержденные руководством медицинской организации в соответствии с законодательством Республики Казахстан *	III

3	При дифференцированной оплате труда периодически проводится определение производительности работников на основании утвержденных индикаторов **	III
4	Оплата труда персоналу, перечисления в пенсионный фонд и другие обязательные отчисления осуществляются своевременно **	III
5	Оплата труда персоналу осуществляется на основе утвержденной медицинской организацией организационной структуры, штатного расписания **	II
15. Информационное управление. Создаются надлежащие условия для эффективного управления данными		
1	В медицинской организации имеется достаточное количество технических средств, обеспечивающих потребности медицинского персонала при работе с медицинской и административной информацией, своевременного и полного ввода данных в локальную информационную систему медицинской организации	III
2	Руководство обеспечивает доступ медицинских работников к сети интернет для своевременного получения и обмена информацией, необходимой в работе	III
3	Руководство медицинской организации обеспечивает доступность действующих нормативных правовых актов и правовых актов Республики Казахстан персоналу организации	III
4	Руководство медицинской организации создает условия для ведения медицинских карт в электронном формате	III
5	Медицинская организация утверждает процедуры управления документацией в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
16. Защита информации. Медицинская организация обеспечивает конфиденциальность, безопасность и целостность информации		
1	В медицинской организации определены уровни доступа персонала к конфиденциальной информации *	II
2	Информация на бумажном и электронном носителях защищается от повреждения, утери и неавторизованного доступа (несанкционированное проникновение в автоматизированную информационную систему) *	II
3	В соответствии с законодательством Республики Казахстан в медицинской организации обеспечивается конфиденциальность информации о пациенте ***	I
4	Персонал обучается правилам по защите и неразглашению конфиденциальной информации	III
5	В медицинской организации определены сроки хранения и порядок уничтожения медицинских и немедицинских документов, в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
17. Внутренние документы. Руководство совместно с персоналом разрабатывает, утверждает и внедряет процедуры медицинской организации, регламентирующие ее деятельность		
1	Утвержден порядок разработки, согласования, утверждения и оформления, пересмотра процедур организации *	III
2	Составляется и обновляется список всех действующих внутренних процедур организации **	III
3	Руководство организации обеспечивает доступность для персонала информации о действующих процедурах организации	III
4	Проводится обучение персонала медицинской организации по утвержденным процедурам организации	III
5	Персонал осуществляет свою деятельность в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации	II
18. Медицинская документация. Медицинская документация составляется своевременно и способствует преемственности медицинской помощи		

1	В медицинских картах применяются формы медицинской документации согласно законодательству Республики Казахстан и лучшей мировой практики ***	III
2	Содержание медицинской карты стандартизируется в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации. Каждая запись в медицинской карте подписывается автором с указанием даты и времени *	I
3	Все проведенные лечебные мероприятия и медикаментозная терапия своевременно документируются в медицинской карте пациента *	I
4	В медицинских картах используются аббревиатуры, символы из списка, утвержденного руководством медицинской организации. Записи в медицинских картах написаны и оформлены разборчиво *	III
5	В медицинской организации проводится клинический аудит качества, своевременности и полноты записей в медицинских картах (смотреть подпункт 3) пункта 8 настоящего Стандарта) *	I
19. Анализ данных. Проводится проверка достоверности данных и их статистический анализ		
1	Утверждена процедура проверки достоверности публикуемых и предоставляемых во внешние организации данных **	III
2	Ответственные лица, выполняющие проверку достоверности данных, обучены, имеют достаточный опыт и компетенцию **	III
3	При мониторинге новых индикаторов проводится проверка достоверности полученных данных вторым лицом *	III
4	Свод данных по индикаторам для включения в квартальные отчеты для руководства осуществляется ответственным работником (смотреть подпункт 4) пункта 1 и подпункт 4) пункта 2 настоящего Стандарта) **	III
5	При отсутствии специального подразделения определяются ответственные лица по статистическому анализу собираемых данных и своевременному предоставлению их заинтересованным сторонам **	II
20. Штатное расписание. Штатное расписание соответствует организационной структуре, миссии и деятельности медицинской организации		
1	Штатное расписание медицинской организации утверждается руководством медицинской организации в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
2	Штатное расписание соответствует организационной структуре и деятельности медицинской организации	III
3	В медицинской организации утверждаются квалификационные требования к должностям в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
4	Пересмотр штатного расписания руководством медицинской организации проводится на основании заявок руководителей структурных подразделений, анализа соответствия штатного расписания производственным нуждам (определение уровня укомплектованности персоналом; необходимого уровня стажа и компетентности; расчет эффективной и рациональной структуры должностей персонала) ***	III
5	На каждый вид должности, включая внештатных работников, совместителей, консультантов, слушателей резидентуры, руководством медицинской организации утверждается должностная инструкция с указанием квалификационных требований (образование, обучение, знания, навыки и опыт) и функций, специфичных для данной должности **	II
21. Управление человеческими ресурсами. В медицинской организации внедрен процесс эффективного управления человеческими ресурсами		
1	Процедуры по поиску, инструктажу (ориентации) и адаптации персонала разрабатываются в соответствии с законодательством Республики Казахстан и внедряются в медицинской организации ***	III

2	Персонал медицинской организации соответствует квалификационным требованиям должностной инструкции к занимаемой должности. Копия подписанной персоналом должностной инструкции имеется в кадровой службе	III
3	Руководители создают условия для непрерывного обучения персонала медицинской организации (доступ в интернет, компьютеры, тренинговый класс, библиотека)	III
4	Определяются потребности персонала в обучении. Обучение проводится на базе или вне медицинской организации	III
5	Руководством разрабатываются и внедряются процедуры для мотивации персонала медицинской организации и укрепления корпоративного духа (смотреть подпункты 1), 5) пункта 6 и подпункт 5) пункта 14 настоящего Стандарта)	II
22. Личное дело персонала. Руководством медицинской организации установлен процесс формирования, хранения и обновления личных дел персонала		
1	Личные дела персонала медицинской организации хранятся в соответствии с утвержденными внутренними процедурами медицинской организации. Содержание личных дел стандартизировано	II
2	Личные дела медицинского персонала, включая внештатных работников, совместителей, консультантов, слушателей резидентуры содержат сертификат специалиста, сведения об образовании, трудовом стаже и квалификации персонала	I
3	Личное дело каждого медицинского работника содержит доказательство проверки подлинности у первоисточника документов об образовании работника, в соответствии с требованиями должностной инструкции	I
4	Личное дело каждого медицинского работника содержит результаты оценки деятельности персонала, проводимые один раз в год	II
5	Личное дело каждого медицинского работника содержит записи о проведении обучения на базе медицинской организации и вне организации	III
23. Инструктаж. Медицинская организация проводит инструктаж каждого работника для ознакомления с организацией		
1	В медицинской организации разрабатываются и используются учебные материалы (письменные и (или) видеоматериалы) для проведения инструктажа	III
2	Все штатные и внештатные медицинские работники, совместители, консультанты, студенты, слушатели резидентуры, лица, обучающиеся на базе медицинской организации, проходят инструктаж и обучение для ознакомления с медицинской организацией, со своими должностными обязанностями (для работников) и основными требованиями по безопасности **	III
3	Инструктаж персонала включает противопожарную безопасность, готовность к чрезвычайным ситуациям и соблюдение правил техники безопасности на рабочем месте	III
4	Инструктаж персонала включает вопросы инфекционного контроля и требования по безопасной работе с медицинским оборудованием	III
5	Инструктаж персонала медицинской организации включает ознакомление с программой повышения качества медицинской помощи и безопасности пациента	II
24. Оценка клинических навыков. Проводится оценка знаний и клинических навыков клинического персонала в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации		
1	При трудоустройстве проводится оценка клинических навыков врача и утверждается список его клинических привилегий (перечень операций и процедур высокого риска, выполнение которых разрешено врачу в данной медицинской организации)	II
2	При трудоустройстве проводится оценка навыков среднего медицинского персонала и утверждаются персональные списки компетенций в соответствии с процедурами медицинской организации	III
3	При трудоустройстве проводится оценка навыков персонала параклинических структурных подразделений медицинской организации	II

4	Один раз в три года или чаще проводится процедура пересмотра клинических привилегий врача с учетом оценки деятельности врача, его текущей квалификации (знаний, образования, навыков и опыта), исходов лечения, в том числе неблагоприятных исходов и других сведений. * При несоответствии компетентности врача требованиям должностной инструкции, показателям работы или уровню квалификации, рассматривается вопрос отстранения врача от клинической практики в данной организации (ограничение привилегий) или направление на обучение или менторство	II
5	В медицинской организации ежегодно проводится переоценка компетенций персонала, параклинических структурных подразделений и средних медицинских работников	I
25. Ежегодная оценка персонала. Один раз в год проводится оценка работы медицинского персонала, в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации		
1	Утверждаются процедуры оценки и форма оценки медицинских работников. Форма оценки врача клинической специальности (врач, который проводит осмотр или лечение пациента) включает критерии: лечение и уход (врач оказывает эффективную и целесообразную медицинскую помощь); клинические знания (врач владеет нужными знаниями, применяет эти знания в работе); повышение квалификации (врач улучшает свою клиническую практику и знания); личные качества и коммуникабельность (врач поддерживает профессиональные взаимоотношения с пациентами и коллегами); этическая практика (врач относится к пациенту с состраданием, уважением к пациентам из разных социальных и культурных слоев); системное мышление (врач проявляет активность и гибкость в использовании нужных ресурсов); бережливое отношение к ресурсам (врач целесообразно и своевременно назначает лекарственные средства, исследования, консультации)	III
2	При оценке врачей, среднего медицинского персонала и других работников, перечень которых определен медицинской организацией, учитываются установленные показатели работы (индикаторы деятельности) и эти показатели содержатся в личных делах	II
3	Заполненная форма оценки персонала хранится в личном деле. Персонал организации ознакомлен с результатами оценки его работы	III
4	На основании результатов оценки определяется соответствие персонала занимаемой должности согласно требованиям законодательством Республики Казахстан ***	III
5	Проводится оценка профессиональных компетенций персонала (смотреть подпункты 4), 5) пункта 24 настоящего Стандарта)	II
26. Здоровье и безопасность персонала. Здоровье и безопасность персонала медицинской организации поддерживаются в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***		
1	Медицинская организация предоставляет (или обеспечивает) персоналу идентификационные бейджи, необходимую защитную одежду, средства индивидуальной защиты и защитное оборудование (включая средства для радиационной безопасности)	I
2	Медицинская организация проводит оценку безопасности рабочих мест в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	III
3	Медицинская организация проводит мониторинг рабочей нагрузки, оказывает психологическую поддержку персонала для минимизации стресса и его контроля (антистрессовая комната, комната духовного уединения и другие) *	II
4	Медицинская организация создает условия и проводит мероприятия для персонала по продвижению здорового образа жизни (спортивные мероприятия, мероприятия направленные против табакокурения и другие) **	I
5	Медицинская организация обеспечивает защиту персонала от вредных и (или) опасных производственных факторов и принимает меры по предотвращению производственного травматизма **	I

27. Внештатные работники. Персонал, не состоящий в штатном расписании организации (внештатный персонал), имеет соответствующее предоставляемыми ими медицинскими услугами образование и квалификацию		
1	Внештатный персонал соответствует квалификационным требованиям, предъявляемым руководством медицинской организации.) Копия договора на оказание услуг имеется в кадровой службе (смотреть подпункт 2) пункта 21 и подпункт 1) пункта 22 настоящего Стандарта) **	III
2	Личное дело внештатного персонала содержит доказательство проверки подлинности у первоисточника документов об образовании (смотреть подпункт 2) пункта 21 настоящего Стандарта) **	III
3	При трудоустройстве проводится оценка клинических навыков внештатного медицинского персонала и утверждается список клинических привилегий или список компетенций в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации (смотреть подпункты 1), 2) и 3) пункта 24 настоящего Стандарта) **	III
4	Один раз в год проводится оценка качества работы внештатного персонала, результаты оценки хранятся в личном деле (смотреть пункт 25 настоящего Стандарта) **	III
5	Результаты оценки качества работы внештатного персонала применяются для повышения качества услуг медицинской организации	I
28. Мониторинг договоров. Руководители медицинской организации контролируют качество предоставляемых по договору услуг и товаров		
1	Руководителем медицинской организации определяются ответственные лица по курации договоров о закупке товаров или услуг для медицинской организации	II
2	В каждом договоре прописываются требования к поставщикам, объему и качеству предоставляемых услуг или товаров **	I
3	В каждом договоре прописываются индикаторы, на основании которых медицинская организация проводит мониторинг договора и оценку качества услуг или товаров поставщика **	II
4	Результаты мониторинга договоров на основе установленных индикаторов доводятся до сведения руководства медицинской организации **	II
5	При несоответствии качества услуг или товаров поставщика требованиям медицинской организации, принимаются меры по устранению несоответствий вплоть до расторжения договора с поставщиком	I

Глава 3: Управление безопасностью

Параграф 1. Инфекционный контроль		
29. Комиссия по инфекционному контролю. Комиссия по инфекционному контролю координирует выполнение программ и алгоритмов по инфекционному контролю		
1	Медицинская организация проводит анализ результатов инфекционного контроля и эпидемиологической обстановки за год, включающий оценку эпидемиологических рисков **	I
2	На основании оценки эпидемиологических рисков руководством медицинской организации разрабатываются и утверждаются программа инфекционного контроля и план работы (план мероприятий) по инфекционному контролю на предстоящий календарный год, включающие достижимые и измеримые задачи по снижению рисков **	III
3	Проводится мониторинг инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (внутрибольничные инфекции), в том числе связанных с использованием дыхательной аппаратуры, применением катетеров, а также вызванных резистентными микроорганизмами и другими приоритетными для организации инфекциями **	I
4	Комиссия по инфекционному контролю проводит анализ данных по внутрибольничным инфекциям и на их основании принимает меры для повышения инфекционной безопасности пациента **	II

5	Не реже одного раза в квартал специалисты инфекционного контроля (члены комиссии) инфекционного контроля) информируют персонал и руководство организации о результатах мониторинга индикаторов инфекционного контроля, и о рекомендациях для улучшения деятельности медицинской организации по вопросам инфекционного контроля	I
30. Программа по инфекционному контролю. В медицинской организации разрабатывается и внедряется программа по инфекционному контролю		
1	Программа по инфекционному контролю разрабатывается и внедряется в соответствии с) законодательством Республики Казахстан ***	III
2	При разработке программы по инфекционному контролю учитываются рекомендации ВОЗ или) других профессионально признанных источников, основанных на доказательной медицине *	III
3	Информация о выявленных инфекционных заболеваниях своевременно предоставляется в) территориальные департаменты Комитета охраны общественного здоровья уполномоченного органа в области здравоохранения в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	III
4	Руководство предоставляет необходимые ресурсы для эффективного выполнения программы) инфекционного контроля	II
5	Руководством медицинской организации утвержден ответственный персонал за своевременное) предоставление результатов инфекционного контроля в уполномоченный орган в области здравоохранения	II
31. Процедуры по инфекционному контролю. Медицинская организация разрабатывает, утверждает и внедряет процедуры и алгоритмы в области инфекционного контроля		
1	В медицинской организации внедряются алгоритмы по универсальным мерам предосторожности,) применению средств индивидуальной защиты *	II
2	Процедуры и алгоритмы медицинской организации в области инфекционного контроля) разрабатываются в соответствии с законодательством Республики Казахстан *	II
3	В медицинской организации в наличии имеется достаточное количество средств индивидуальной) защиты (смотреть подпункт 5) пункта 30 настоящего Стандарта)	II
4	В местах обработки рук установлены раковины с проточной водой, мылом, антисептиками,) салфетками или другими средствами для сушки рук (смотреть подпункт 5) пункта 30 настоящего Стандарта)	I
5	Средства индивидуальной защиты используются персоналом в соответствии с утвержденными) процедурами медицинской организации	I
32. Дезинфекция, стерилизация и прачечная. Чистка (уборка), дезинфекция, стерилизация и обращение с бельем проводятся с минимизацией риска инфекций в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан ***		
1	Персонал медицинской организации соблюдает требования законодательства в области) санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Республике Казахстан по чистке (уборке), дезинфекции помещений и поверхностей	I
2	Одноразовые изделия утилизируются (исключается повторное использование) после использования) в соответствии с утвержденными процедурами организации и требованиями законодательства Республики Казахстан *	I
3	Дезинфекция и стерилизация изделий медицинского назначения проводится с минимизацией риска) инфекций, с соблюдением поточности процесса от "грязной" к "чистой" зоне. Персонал соблюдает этапность проведения стерилизации (сбор, транспортировка, учет, укладка, предстерилизационная очистка, стерилизация, упаковка, маркировка, доставка, хранение инструментов) *	I
4	Качество предстерилизационной очистки и стерилизации контролируется с применением) химических и (или) биологических индикаторов **	I

5	Обращение с чистым и грязным бельем, стирка белья проводится с минимизацией риска кросс-инфекции. Персонал соблюдает процедуры по обращению с бельем (сбор, транспортировка, передача, стирка, глажка, учет, раздача, применение) *	I
33. Медицинские отходы. Организация обеспечивает безопасное обращение с отходами		
1	В медицинской организации внедряется процедура по безопасному обращению с медицинскими отходами, включая обращение с острыми, колющими и режущими изделиями медицинского назначения, классификация всех отходов, образуемых в медицинской организации, а также их своевременная утилизация *	I
2	Помещение для централизованного сбора опасных медицинских отходов соответствует требованиям законодательства Республики Казахстан (используются закрытые мусорные контейнеры, достаточная вентиляция воздуха, соблюдается температурный режим)	I
3	Отходы утилизируются безопасным образом в соответствии с законодательством Республики Казахстан * * *	I
	) Острые, колющие и режущие предметы утилизируются в специальных контейнерах для безопасного сбора и утилизации отходов	
4	Остатки и компоненты крови, биологические жидкости, ткани организма хранятся и утилизируются с минимизацией риска инфицирования в маркированных контейнерах, согласно классификации отходов, с соблюдением температурного режима и сроков временного хранения	I
5	Медицинский персонал обучается процедурам по обращению с опасными медицинскими отходами и соблюдает их на практике **	I
34. Инженерные системы и ремонтные работы. Инфекционный контроль поддерживается инженерными системами. Требования инфекционного контроля соблюдаются при проведении ремонтных работ		
1	В местах, где необходима асептическая рабочая зона, (микробиологическая, патологоанатомическая лаборатории) в медицинской организации устанавливается специализированное лабораторное оборудование (ламинарные боксы)	II
2	Фильтр с отдельным входом и (или) изолятор с боксом для изоляции пациентов с инфекцией оснащены в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан ***	I
3	В медицинской организации при проведении ремонтных и строительных работ соблюдаются процедуры по инфекционному контролю, по определению уровня рисков в зависимости от масштаба и вида работ *	I
4	Лица, осуществляющие ремонтные работы, обучаются по вопросам инфекционного контроля	II
5	Для предотвращения инфицирования пациентов и персонала в результате ремонтно-строительных работ, их производство письменно согласуется с ответственным лицом инфекционного контроля медицинской организации **	II
35. Процедура изоляции. В медицинской организации разрабатываются и внедряются процедуры и алгоритмы по изоляции (инфекционных) пациентов		
1	Персонал медицинской организации обучается процедурам и алгоритмам по изоляции инфекционных пациентов	III
2	В медицинской организации имеется фильтр с отдельным входом и (или) изолятор с боксом для изоляции пациентов с инфекцией	I
3	В зоне нахождения инфекционного пациента имеются средства индивидуальной защиты, визуальный знак информирующий персонал и посетителей о риске инфекционного заражения. Процедура изоляции включает строгое соблюдение правил обработки рук	I
4	Пациенты с инфекцией и ухаживающие за ними лица обучаются вопросам инфекционного контроля, включая правилам обработки рук и требованиям к пациентам по изоляции **	II

5	Уборка, обработка помещения и предметов во время нахождения инфекционного пациента и после его выписки проводятся согласно законодательства в области санитарно-эпидемиологических требований Республики Казахстан ***	I
36. Обучение персонала по вопросам инфекционного контроля. Медицинская организация проводит непрерывное обучение персонала по инфекционному контролю		
1	Ежегодно весь персонал медицинской организации проходит обучение по вопросам инфекционного контроля **	III
2	Знания персонала медицинской организации по инфекционному контролю тестируются ежегодно	III
3	Дополнительное обучение по инфекционному контролю проводится для студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации	II
4	Проводится обучение пациентов, законных представителей пациента по вопросам инфекционного контроля	II
5	В случае ухудшения показателей индикаторов мониторинга инфекционного контроля, в медицинской организации проводится дополнительное обучение медицинского персонала (смотреть подпункт 5) пункта 29 настоящего Стандарта) по вопросам инфекционного контроля	II
Параграф 2. Безопасность здания		
37. Комиссия по безопасности зданий. В медицинской организации внедряется Программа по безопасности зданий, выполнение которой координирует Комиссия по безопасности зданий		
1	Создается и работает Комиссия по безопасности зданий, которая координирует действия по поддержанию безопасности зданий и окружающей среды **	III
2	Программа по безопасности зданий разрабатывается на основе законодательства Республики Казахстан и включает разделы: безопасность окружающей среды и система охраны, пожарная безопасность, готовность к чрезвычайным ситуациям, обращение с опасными материалами, медицинское оборудование, коммунальные (инженерные) системы *	III
3	Программа по безопасности зданий пересматривается ежегодно с определением приоритетных на каждый год направлений работы *	III
4	Ежеквартально руководитель медицинской организации получает отчет от Комиссии по безопасности здания или должностного лица, ответственного за выполнение Программы по безопасности зданий, с указанием проведенных ключевых работ и существующих проблемах (рисков) безопасности зданий и окружающей среды **	II
5	Руководитель медицинской организации ежегодно направляет отчет в Орган управления медицинской организации о выполнении Программы по безопасности зданий с указанием проведенных ключевых работ и существующих проблем (рисков) безопасности зданий и окружающей среды. В случае, если Орган управления и руководитель медицинской организации являются одним лицом, то отчет предоставляет Комиссия по безопасности здания или должностное лицо, ответственное за выполнение Программы по безопасности зданий **	II
38. Безопасность окружающей среды. Здание (я) и территория медицинской организации являются безопасными и комфортными для пациентов, персонала и посетителей *		
1	Состояние здания (й) и территории медицинской организации соответствуют требованиям законодательства Республики Казахстан ***	I
2	Случаи производственного травматизма и другие подлежащие отчетности сведения сообщаются в уполномоченные органы	I
3	Комиссия по безопасности зданий ежеквартально инспектирует (тестирует) здания и помещения, инженерные системы и оборудование с последующим документированием результатов проведенной инспекции	III
4	Здания и помещения, инженерные системы, оборудование и прочие предметы регулярно обновляются и поддерживаются на безопасном уровне	III

5	При обнаружении значительных рисков для персонала, пациентов, посетителей или для окружающей среды, руководство медицинской организации предпринимает надлежащие действия по выделению средств, информированию заинтересованных сторон и снижению выявленных рисков	I
39. Охрана и защита. Обеспечивается охрана и защита здания и территории медицинской организации (смотреть подпункт 2) пункта 37 настоящего Стандарта) *		
1	Медицинский персонал, внештатные и контрактные работники, студенты, слушатели резидентуры, лица, обучающиеся на базе медицинской организации, идентифицируются в соответствии с процедурами медицинской организации (смотреть подпункт 1) пункта 26 настоящего Стандарта)	III
2	Сотрудниками охранной службы проводится мониторинг (видеонаблюдение и обход) здания и территории с целью охраны и защиты	II
3	Документируются обход (инспекция) здания и передача дежурств между сотрудниками охранной службы **	III
4	Ограничивается вход посторонних лиц в дневной стационар и режимные отделения (зоны контроля инженерных, коммунальных систем и другие)	I
5	Сотрудники охранной службы обучаются действиям при чрезвычайных ситуациях (при кодах по безопасности), а также оказанию первой помощи **	II
40. Пожарная безопасность. Внедряется программа по снижению пожарного риска и задымления (смотреть подпункт 2) пункта 37 настоящего Стандарта) *		
1	Функционирует система раннего выявления пожара, в наличии исправные средства для пожаротушения, которые регулярно инспектируются и при необходимости обновляются	II
2	Инспекция, тестирование и поддержание средств и систем для раннего выявления и тушения пожара документируются **	I
3	Для безопасной эвакуации из здания при пожаре и других чрезвычайных ситуациях пути эвакуации поддерживаются в свободном состоянии. В наличии имеются информационные и указательные знаки (указатели выхода, размещения пожарного инвентаря и гидрантов), схемы эвакуации	II
4	Для ограничения распространения дыма и огня устанавливаются противопожарные двери, используются огнеупорные материалы, минимизируется использование возгораемых материалов	II
5	С персоналом медицинской организации ежегодно проводятся практические учения по действиям при пожаре и задымлении (смотреть подпункт 2) пункта 47 настоящего Стандарта) **	II
41. Другие чрезвычайные ситуации. Внедряется программа по снижению риска прочих чрезвычайных ситуаций (смотреть подпункт 2) пункта 37 настоящего Стандарта) *		
1	Медицинская организация определяет значимые для региона виды чрезвычайных ситуаций в виде оценки рисков с указанием вероятности возникновения, уровня разрушительной силы (последствий) и степени готовности организации к значимым для региона видам чрезвычайных ситуаций **	III
2	На основе оценки рисков по чрезвычайным ситуациям в годовом плане мероприятий определяются приоритетные направления работы **	III
3	Выделяются ресурсы для улучшения готовности организации к чрезвычайным ситуациям	III
4	В медицинской организации ежегодно проходят практические учения персонала по принимаемым действиям при чрезвычайных ситуациях: оказание экстренной медицинской помощи, готовность использования альтернативных источников воды и электричества, проверка готовности системы оповещения, (смотреть подпункт 3) пункта 46 настоящего Стандарта) **	III
5	По окончании практического обучения по действиям при чрезвычайных ситуациях, проводится анализ результатов проведенного обучения с разработкой плана мероприятий по улучшению несоответствий и поддержке непрерывного улучшения **	II
42. Опасные материалы и отходы. Обращение с опасными материалами и отходами осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан, и обеспечивается безопасность людей и окружающей среды ***		

1)	Определяется список всех опасных материалов и отходов (включая огнеопасные материалы) медицинской организации с указанием названий (состава), мер предосторожности и мер первой помощи при аварийных ситуациях, мест хранения, максимально допустимого объема хранения и применимых для маркировки предупреждающих знаков (смотреть пункт 33 настоящего Стандарта)	II
2)	Прописываются требования к обращению с опасными материалами, включая их маркировку, хранение, ношение защитных средств при работе, транспортировке, утилизации *	II
3)	Все опасные материалы и отходы маркируются с указанием названия (состава), срока годности и применимых предупреждающих знаков	II
4)	В местах применения опасных материалов имеется доступная информация по мерам предосторожности и алгоритмам оказания первой медицинской помощи	I
5)	Медицинский персонал обучается действиям при разлиии опасного материала, включая быстрый сбор (обеззараживание) и сообщение об инциденте ответственным должностным лицам	I
43. Медицинское оборудование. Безопасность медицинского оборудования обеспечивается путем тестирования, калибровки, поддержания в рабочем состоянии и обучения персонала		
1)	Внедряется программа по обеспечению безопасности медицинского оборудования (смотреть подпункт 2) пункта 37 настоящего Стандарта) *	III
2)	Определяется список и ведется учет всего медицинского оборудования	III
3)	Проводится и документируется профилактическое обслуживание, тестирование, калибровка, поддержание, ремонт медицинского оборудования: профилактическое обслуживание каждой единицы оборудования проводится с частотой согласно инструкции производителя или чаще; частота профилактического обслуживания прописана в документах медицинской организации; график профилактического обслуживания оборудования составляется ежегодно **	I
4)	Проводится обучение персонала безопасной работе с медицинским оборудованием в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации. Обученный и компетентный персонал допускается к работе с медицинским оборудованием *	III
5)	Внедряется система оповещения пользователей и принятия мер при отзыве, поломке и прочих случаях, связанных с медицинским оборудованием (например, риск возгорания) *	I
44. Коммунальные системы. Коммунальные и инженерные системы в медицинской организации соответствуют требованиям законодательства Республики Казахстан ***		
1)	Руководством медицинской организации определяется порядок и частота инспекций, тестирования и поддержания коммунальных и инженерных систем *	III
2)	Функционирование коммунальных и инженерных систем контролируется, поддерживается и улучшается	III
3)	Проводится мониторинг системы вентиляции с документированием результатов проведенного мониторинга	III
4)	Для предупреждения пылевого загрязнения в системе вентиляции устанавливаются фильтры, которые меняются с частотой согласно рекомендации производителя	III
5)	Коммунальные и инженерные системы маркируются для облегчения частичного или полного отключения при чрезвычайных ситуациях	I
45. Вода и электричество. В медицинской организации обеспечивается непрерывный доступ к воде и электричеству, включая их альтернативные источники		
1)	В медицинской организации питьевая вода и электричество являются доступными круглосуточно в любое время года	III
2)	В медицинской организации определяются зоны и услуги, для которых наиболее важно водоснабжение и электроснабжение из альтернативных источников **	III

3)	Альтернативные источники водоснабжения тестируются ежеквартально **	II
4)	Альтернативные источники электроснабжения тестируются ежеквартально, имеется необходимый запас топлива для выработки электричества из альтернативного источника **	III
5)	Система очистки воды, используемая в отделении (центре) диализа, соответствует стандарту организации оказания нефрологической помощи населению Республики Казахстан ***	II
46. Обучение персонала по безопасности зданий. Проводится обучение, тестирование знаний персонала медицинской организации для поддержания безопасности зданий и окружающей среды		
1)	Персонал обучается правилам обращения с опасными материалами (смотреть подпункт 1) пункта 42 настоящего Стандарта)	II
2)	Персонал обучается действиям при пожаре, включая сообщение о пожаре, навыкам применения огнетушителей и эвакуации пациентов	II
3)	Персонал обучается работе с оборудованием и коммунальными (инженерными) системами, включая действия при чрезвычайных ситуациях (смотреть подпункты 4) пункта 43 настоящего Стандарта)	II
4)	Штатный и внештатный персонал, студенты, слушатели резидентуры, лица, обучающиеся на базе медицинской организации, арендаторы помещений, волонтеры и посетители обучаются правилам безопасности при нахождении в здании и на территории медицинской организации	III
5)	Ежегодно, в соответствии с утвержденными руководством медицинской организации процедурами, проводится тестирование знаний персонала по правилам безопасности при нахождении в здании и на территории медицинской организации	I
Параграф 3. Безопасность лекарственных средств и изделий медицинского назначения		
47. Управление лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения. В медицинской организации обеспечивается безопасное обращение с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в организации		
1)	Обращение с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
2)	Ежегодно проводится анализ системы управления оборотом лекарственных средств и изделий медицинского назначения, включающий: планирование и закуп; хранение; врачебные назначения; приготовление или разведение; введение лекарственных средств пациенту; мониторинг лечебного эффекта **	II
3)	Проводится анализ системы управления лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, включающий оценку рисков (выявление проблем или зон высокого риска, связанных с использованием лекарственных средств) **	II
4)	Разрабатываются и внедряются процедуры, описывающие каждый этап управления лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения: планирование и закуп; хранение; врачебные назначения; приготовление или разведение; введение лекарственных средств пациенту; мониторинг эффекта лекарственных средств *	I
5)	Создается и функционирует формулярная комиссия, рассматривающая вопросы управления лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, включая утверждение формулярного списка **	I
48. Хранение лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Лекарственные средства и изделия медицинского назначения хранятся безопасно и надлежащим образом		
1)	Все лекарственные средства и изделия медицинского назначения хранятся с указанием названия (содержания), срока годности в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан**	II
2)	Лекарственные средства и изделия медицинского назначения хранятся с соблюдением температурного режима, влажности и прочих условий, в соответствии с требованиями к их хранению	II

3	Наркотические и другие лекарственные средства, подлежащие строгому учету и контролю, хранятся в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
4	Внутренние правила медицинской организации обеспечивают сохранность лекарственных средств и изделий медицинского назначения от утери и кражи	II
5	Персоналом аптеки / утвержденными должностными лицами проводится контроль всех мест хранения лекарственных средств и изделий медицинского назначения в медицинской организации для обеспечения хранения лекарственных средств в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан **	I
49. Особые случаи обращения с лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и их уничтожение. Прописываются особые случаи обращения с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения и их уничтожение		
1	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется соблюдение порядка выявления и уничтожения лекарственных средств и изделий медицинского назначения с истекшим сроком годности *	I
2	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется соблюдение порядка обращения лекарственных средств и изделий медицинского назначения приобретенных пациентом (личных, принесенных извне) *	I
3	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется порядок обращения с наборами лекарственных средств и изделий медицинского назначения для экстренных случаев (противошоковая укладка, противоэпидемическая укладка, реанимационный набор), включая их защиту от кражи и потери, своевременную проверку готовности набора и восполнение содержимого *	I
4	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется порядок отзыва лекарственных средств и изделий медицинского назначения в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации *	I
5	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется порядок обращения с радиофармацевтическими и другими опасными лекарственными средствами *	I
50. Назначение лекарственных средств. Прописывается процесс назначения лекарственных средств и проверки назначений лекарственных средств		
1	Утверждены требования к назначению лекарственных средств, включая заполнение обязательной информации в листе назначений или рецепте: идентификация пациента; название лекарственных средств (международное непатентованное или торговое наименование); доза; путь введения; кратность; длительность курса *	I
2	В медицинской организации разработана и утверждена руководством организации процедура контроля правильности заполнения листов врачебных назначений или рецептов *	I
3	Разрабатываются и утверждаются руководством медицинской организации процедуры, применяемые при устном назначении лекарственных средств в экстренных ситуациях *	I
4	Проводится проверка назначений лекарственных средств в текущих медицинских картах для выяснения обоснованности и полноты назначения	I
5	Проводится выборочный клинический аудит листов врачебных назначений в текущих и закрытых медицинских картах на предмет соблюдения процедур организации и безопасности пациента **	I
51. Приготовление лекарственных средств. Лекарственные средства готовятся в безопасной и чистой обстановке		
1	Лекарственные средства готовятся (разводятся, фасуются) в чистой и безопасной рабочей зоне с необходимым оборудованием и изделиями	I
2	Медицинский персонал, готовящий стерильные лекарственные средства обучаются принципам приготовления лекарственных средств и методам асептики **	I
3	Каждое лекарственное средство введенное пациенту и принятое пациентом документируется в листе назначений (или ином документе) с указанием времени и автора записи **	I

4	Безопасное введение лекарственных средств обеспечивается проверкой правильности пяти пунктов:) тот ли это пациент, лекарственное средство, доза, путь введения, время и частота приема	I
5	Прописывается процесс самостоятельного введения пациентом лекарственных средств (ингалятор) или инсулиновая ручка) *	III
52. Мониторинг и обучение обращения с лекарственными средствами. Проводится мониторинг эффекта лекарственных средств и периодическое обучение пациентов и персонала в зависимости от потребности		
1	Разрабатываются и утверждаются руководством медицинской организации процедуры по) проведению мониторинга эффекта лекарственных средств и побочных эффектов **	I
2	Проводится обучение пациента по вопросам приема лекарственных средств, включая обучение по) рекомендуемым лекарственным средствам после выписки **	I
3	В медицинской организации внедрен процесс выявления, сообщения и анализа потенциальных) ошибок и ошибок (смотреть подпункт 3) пункта 6 настоящего Стандарта)	I
4	Для врачей и прочего персонала, вовлеченных в обращение с лекарственными средствами, имеется в) доступе справочная информация по лекарственным средствам	I
5	В медицинской организации врачи, медицинские сестры и прочий персонал, вовлеченные в) обращение с лекарственными средствами, обучаются по вопросам обращения с лекарственными средствами в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации **	I
53. Контроль антибиотиков. Медицинская организация внедряет программу по контролю антибиотиков		
1	Программа (руководство) по контролю антибиотиков включает список антибиотиков, назначение) которых ограничено, а также описывает показания к применению резервных антибиотиков *	I
2	Программа или руководство по контролю антибиотиков разрабатывается коллективно (с участием) врачей и (или) клинического фармаколога, специалистов по инфекционному контролю, микробиологии) в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации	I
3	Врачи и другие пользователи обучаются требованиям программы или руководства по контролю) антибиотиков	I
4	Медицинские карты регулярно просматриваются на предмет выполнения программы или) руководства по контролю антибиотиков	I
5	Выполнение программы или руководства по контролю антибиотиков контролируется через) индикаторы, используемые для улучшения качества медицинской помощи **	I

Глава 4. Лечение и уход за пациентом

Параграф 1. Безопасность пациента		
54. Идентификация пациента. Безопасность пациента повышается через процесс идентификации пациента		
1	Руководством медицинской организации утверждается стандартная операционная процедура (далее) – СОП) идентификации пациента, описывающая процесс идентификации пациента с применением не менее двух идентификаторов пациента *	I
2	Пациент идентифицируется в соответствии с СОП перед каждой процедурой, операцией, инъекцией,) приемом лекарственного средства, взятием биоматериала и других ситуациях	I
3	Идентификация пациента облегчается путем использования идентификационного браслета с двумя) идентификаторами, либо через другие альтернативные способы идентификации пациента, утвержденные руководством медицинской организации	I
4	Идентификаторы пациента присутствуют во всех формах медицинских карт и на всех контейнерах с) биоматериалом пациента	I

5	Процесс идентификации пациента контролируется через индикаторы, которые применяются для повышения безопасности пациента. Индикаторы выбираются в зависимости от используемых способов идентификации пациента **	I
55. Эффективная передача информации. Безопасность пациентов повышается через стандартизированный процесс передачи устной и (или) телефонной информации		
1	Разрабатываются и внедряются СОП приема и передачи информации устно и (или) по телефону, где прописано, что получатель информации записывает и прочитывает сообщение вслух, сообщающее лицо подтверждает правильность сообщения	I
2	Сообщения о критических результатах лабораторных и диагностических исследований, устные назначения лекарственных средств пациенту передаются согласно СОП приема и передачи информации устно и (или) по телефону *	I
3	Медицинская организация устанавливает список критических значений для всех лабораторных и диагностических исследований (оказываемых медицинской организацией или переданных в аутсорсинг)	I
4	Разрабатываются и внедряются СОП по передаче информации между медицинскими работниками при передаче ухода за пациентом, пациентами, лицами, осуществляющими уход за пациентом	I
5	Процесс передачи устной и (или) телефонной информации при сообщении критических результатов лабораторных и диагностических исследований и процесс передачи пациента между организациями и службами контролируется через индикатор (-ы), которые применяются для повышения безопасности пациента *	I
56. Лекарственные средства высокого риска (лекарственные средства обладающих высоким риском развития побочного действия и нанесения значительного вреда здоровью пациента, а также лекарственные средства схожие с наименованиями либо упаковками других лекарственных средств). Безопасность пациентов повышается за счет стандартизированной маркировки и безопасного обращения с лекарственными средствами высокого риска		
1	Разрабатывается СОП, описывающая обращение с лекарственными средствами высокого риска * Процедура включает: маркировку лекарственных средств высокого риска; хранение лекарственных средств высокого риска; назначение и применение – если есть особенности; список лекарственных средств высокого риска; обучение персонала	I
2	Разрабатывается СОП, описывающая обращение с концентрированными электролитами * Процедура включает: маркировку концентрированных электролитов; хранение концентрированных электролитов – запрет на хранение в местах редкого использования, хранение только в местах клинической необходимости; назначение и применение – если есть особенности; список концентрированных электролитов; обучение персонала	I
3	Разрабатывается СОП, описывающая обращение с лекарственными средствами со схожим названием и схожей упаковкой. Процедура включает: маркировку лекарственных средств со схожим названием и схожей упаковкой; запрет на хранение лекарственных средств на одной полке или рядом, если у них созвучны названия или схожий внешний вид; назначение и применение – если есть особенности; список лекарственных средств со схожим названием и схожей упаковкой; обучение персонала *	I

4	СОП, описывающие обращение с лекарственными средствами высокого риска, с концентрированными электролитами, с лекарственными средствами со схожим названием и схожей упаковкой выполняются во всей организации	I
5	Обращение с концентрированными электролитами, лекарственными средствами высокого риска и лекарственными средствами со схожим названием, и схожей упаковкой контролируются через индикаторы, которые применяются для повышения безопасности пациента **	I
57. Хирургическая безопасность: правильный участок тела, правильная процедура и правильный пациент. Безопасность пациентов повышается за счет стандартизированной предоперационной верификации (подтверждение соответствия пациента планируемой инвазивной процедуре) и тайм-аута (проверка готовности медицинского персонала к операции или инвазивной процедуре высокого риска), чтобы обеспечить правильную процедуру на правильном участке тела правильному пациенту		
1	В медицинской организации разрабатываются СОП, описывающие процесс маркировки места операции и (или) инвазивной процедуры высокого риска, а также процедуры предоперационной верификации и тайм-аута для обеспечения правильного участка тела, правильной процедуры и операции и идентификации пациента *	I
2	Участок тела маркируется перед операцией и инвазивной процедурой высокого риска в виде единого знака, утвержденного в медицинской организации, врачом, который будет выполнять операцию (процедуру)	I
3	В соответствии с процедурами и формой, утвержденными руководством медицинской организации осуществляется предоперационная верификация, включающая проверку процессов: подтверждение пациентом своих идентификаторов (полное имя, дата рождения); подтверждение пациентом информированного согласия на осуществление; оперативного вмешательства или процедуру высокого риска; подтверждение пациентом участка оперативного вмешательства (сторона и участок тела и (или) о р г а н) ; маркировка места операции; наличие или отсутствие аллергии у пациента; проблемы дыхательных путей у пациента	I
4	Вся хирургическая команда участвует в процедуре тайм-аута, включающего следующие этапы: идентификация пациента; подтверждение названия оперативного вмешательства или инвазивной процедуры; подтверждение участка и стороны оперативного вмешательства или инвазивной процедуры; готовность хирургической бригады к операции. Тайм-аут документируется в медицинской карте	I
5	Выполнение предоперационной верификации и процедуры тайм-аута контролируются через индикаторы, которые применяются для повышения безопасности пациента **	I
58. Снизить риск инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи через обработку рук. Безопасность пациентов повышается за счет комплексной программы обработки рук для предотвращения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи		
1	Разрабатываются основанные на доказательной базе (литературе) процедуры, описывающие виды и этапы мытья рук (обработки рук), а также показания для обработки рук *	I
2	Процедуры по обработке рук выполняются по всей медицинской организации	I
3	Ресурсы для выполнения процедур обработки рук представлены в необходимом объеме	I
4	Медицинский персонал обучаются видам, этапам и показаниям обработки рук **	I
5	Практика обработки рук контролируется через индикатор (-ы), которые применяются для повышения безопасности пациента **	I

59. Снизить риск вреда вследствие падений пациента. Безопасность повышается за счет первичной и повторной оценки риска падения у пациентов группы риска, а также за счет профилактических мероприятий и безопасной окружающей среды		
1)	Разрабатывается СОП профилактики падений, которая направлена на предотвращение падений и травм от падений. Персонал медицинской организации обучается данным СОП *	I
2)	Процедуры по профилактике падений имеют четкие требования к оценке риска падения	I
3)	Оценка и переоценка риска падения выполняются, когда это требуется и своевременно документируются в медицинской карте **	I
4)	Выполняются действия по профилактике падений, включая сопровождение пациентов с высоким риском падения и другие действия, определенные в правилах медицинской организации	I
5)	Профилактика падений и число падений мониторируются через индикатор (ы), которые применяются для повышения безопасности пациента **	I
Параграф 2. Права пациента		
60. Доступ к медицинской помощи для лиц с ограниченными возможностями. Доступ к медицинской помощи облегчается для лиц с ограниченными возможностями		
1)	Вход в здание имеет пути, доступные для инвалидных колясок, поручни и перила	II
2)	Для лиц с ограниченными возможностями являются доступными инвалидные кресла, костыли, трости	II
3)	Разрабатываются и утверждаются руководством медицинской организации процедуры по обеспечению сопровождения лиц с ограниченными возможностями	I
4)	Туалеты для пациентов с ограниченными возможностями, палаты дневного стационара и другие места, определенные руководством медицинской организации, имеют кнопки вызова или другие средства вызова помощи со стороны медицинского персонала	I
5)	Вход в здание оборудован поручнями и перилами	I
61. Процедуры по правам пациента. Медицинская организация разрабатывает и внедряет процедуры, направленные на соблюдение прав пациента в соответствии с законодательством Республики Казахстан **		
1)	Медицинская организация разрабатывает и внедряет процедуры, направленные на соблюдение прав пациента и включает в этот процесс пациентов и их законных представителей **	I
2)	Информация о правах пациента и их законных представителях размещена на государственном и русском языках в соответствии с законодательством Республики Казахстан **	II
3)	Пациенты информируются о своих правах и солидарной ответственности за свое здоровье, которая включает информирование врача о предыдущих заболеваниях, лечении, обследованиях, а также необходимость следования рекомендациям медицинского персонала	II
4)	Медицинская организация соблюдает права пациентов по предоставлению их законным представителям информации относительно их лечения в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации *	I
5)	Весь персонал осведомлен о правах пациента и их законных представителей	II
62. Доступ к получению медицинской помощи. Выявляются и снижаются риски доступности медицинской помощи (возрастные, физические, языковые, культурные и другие ограничения пациентов) и сохранности имущества пациентов		
1)	Здание медицинской организации и прилегающая к ней территория оборудованы необходимыми информационными и указательными знаками	III

2	При обращении пациентов с коммуникативными проблемами (языковой барьер, глухонемые и т.д.) медицинская организация предпринимает все необходимые меры для обеспечения их надлежащей медицинской помощью	II
3	Медицинский персонал не ограничивает культурные или духовные предпочтения пациентов и не препятствует пациентам в доступе к духовной помощи	II
4	Функционирует система охраны и материальной ответственности должностных лиц медицинской организации, обеспечивающих защиту имущества пациентов от кражи и утери	III
5	Организация выявляет другие ограничения в медицинском уходе и принимает меры по их снижению	II
63. Приватность и конфиденциальность информации. Соблюдаются права пациента на неприкосновенность частной жизни (приватность), конфиденциальность информации, достойное и уважительное отношение к пациенту		
1	Медицинская организация обеспечивает приватность пациента в процессе лечения и предоставления ухода	I
2	Конфиденциальность информации о пациенте сохраняется в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан ***	I
3	Медицинский персонал организации определяет потребности пациентов в приватности и конфиденциальности в процессе лечения и предоставления ухода	II
4	Медицинский персонал осведомлен о законодательстве Республики Казахстан, регулирующий конфиденциальность информации	I
5	Медицинский персонал проявляет уважительное отношение к пациенту на всех этапах лечения	II
64. Обращения пациентов и их законных представителей. Обращения пациентов и их законных представителей принимаются и рассматриваются своевременно и объективно		
1	В организации существует и используется процесс приема обращений от пациентов и их законных представителей относительно нарушения прав пациента **	II
2	Руководством медицинской организации утверждаются процедуры по процессу сбора, приоритизации и рассмотрения обращений пациентов и их законных представителей в соответствии с законодательством Республики Казахстан *	II
3	Обращения пациентов и их законных представителей рассматриваются своевременно и объективно в течение периода времени определенного законодательством Республики Казахстан ***	II
4	Персоналом службы поддержки пациента и контроля качества проводится сбор, обработка, анализ и мониторинг обращений в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации. Результаты анализа используются для повышения качества медицинских услуг	I
5	Результаты анализа обращений используются для повышения качества медицинских услуг организации здравоохранения	II
65. Информированное добровольное согласие пациента на медицинские услуги. Медицинской организацией внедряются процедуры получения общего информированного добровольного согласия пациента на медицинские услуги		
1	Процесс получения информированного добровольного согласия пациента или их законного представителя определяется в процедурах, утвержденных руководством медицинской организации, в соответствии с законодательством Республики Казахстан *	II
2	Пациенты медицинской организации осведомлены о процедуре получения добровольного информированного согласия на медицинские услуги в данной медицинской организации	I
3	Ответственный медицинский персонал обучен процессу получения общего информированного добровольного согласия пациента или их законного представителя на медицинские услуги, используя понятные и доступные для пациента пояснения	II

4	При ознакомлении с информированным добровольным согласием пациенты или их законные представители информируются об исследованиях, процедурах и лечении, требующих отдельного специального информированного согласия	II
5	В информированном добровольном согласии пациента или их законного представителя дополнительно оговаривается возможность проведения фото- и видеосъемки в целях безопасности или иных целях	I
66. Специальное информированное добровольное согласие пациента. Медицинской организацией внедряются процедуры получения специального информированного добровольного согласия пациента на медицинские услуги перед операцией, анестезией, процедурной седацией, а также при других процедурах высокого риска		
1	Руководством медицинской организации утверждаются процедуры, описывающие получение специального информированного добровольного согласия пациента и их законных представителей	II
2	Руководством медицинской организации утверждается список процедур высокого риска, требующих получения специального добровольного информированного согласия пациента в соответствии с законодательством Республики Казахстан. Список разрабатывается совместно врачами и лицами, которые оказывают процедуры и лечение высокого риска *	I
3	Ответственный медицинский персонал обучены процессу получения специального информированного добровольного согласия пациента или их законных представителей на процедуры высокого риска, используя понятное и доступное изложение	II
4	Информация специального информированного добровольного согласия пациента или их законных представителей на процедуры и лечение высокого риска соответствует установленным требованиям законодательства Республики Казахстан ***	I
5	Информированное добровольное согласие пациента оформляется и документируется в медицинской карте перед любой операцией, процедурой высокого риска, анестезией и седацией, перед участием в научном проекте или в экспериментальном лечении и в других ситуациях, определенных медицинской организацией *	I
67. Отказ от лечения. Пациент информирован о праве на отказ от предложенной медицинской помощи		
1	Руководством медицинской организации утверждена процедура оформления отказа пациента от предложенной медицинской помощи (полностью или частично, от продолжения лечения) в соответствии с законодательством Республики Казахстан *	II
2	Отказ от медицинской помощи с указанием возможных неблагоприятных последствий для здоровья оформляется записью в медицинских документах и подписывается пациентом либо его законным представителем, а также задействованным медицинским работником в соответствии с утвержденными руководством процедурами медицинской организации *	II
3	По требованию пациента организация предоставляет информацию о процессе проводимого лечения в полном объеме для возможности получения пациентом второго мнения, согласно утвержденным процедурам медицинской организации *	III
4	В медицинской организации существует процесс документирования отказа пациента от определенного лечения, части лечения, инвазивной процедуры или от госпитализации	II
5	Медицинский персонал уважает право пациента отказаться от лечения и информирует его об альтернативных видах лечения, возможных рисках и осложнениях вследствие отказа	I
68. Научные исследования. Участие пациента в научных исследованиях или экспериментальном лечении проводится в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***		
1	В медицинской организации создается и работает Локальная Этическая Комиссия, которая наблюдает за проведением научных исследований с вовлечением пациента или экспериментального лечения **	I
	В процедурах, разработанных медицинской организацией в соответствии с законодательством Республики Казахстан, определяются функции Локальной Этической Комиссии, включающие обзор	I

2)	научного исследования, анализ ожидаемых преимуществ и рисков для безопасности пациента и принятия решения о проведении исследования ***	
3)	Руководством медицинской организации определяется лицо, осуществляющее контроль за проведением и координацией научного исследования с вовлечением пациента (главный исследователь)	III
4)	Перед началом исследования пациентом или его законным представителем подписывается информированное согласие на участие в научном исследовании с указанием идентификации пациента, фамилии и подписи врача, даты, времени, подписи пациента или законного представителя	III
5)	Пациент информируется о ходе исследования и обязанностях пациента, об ожидаемых преимуществах, рисках и дискомфорте, альтернативных видах лечения, праве отказаться от участия в исследовании в любое время без страха предвзятого отношения после отказа	I
69. Контроль образовательного процесса студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации. Медицинская организация осуществляет контроль за обучением студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации в соответствии с утвержденными руководством медицинской организации процедурами		
1)	Руководством медицинской организации разрабатываются процедуры по осуществлению контроля студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации	II
2)	Имеются списки студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации и документы, подтверждающие их учебный статус **	I
3)	Для студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации, определяется уровень самостоятельности в оказании медицинской помощи (что делать под наблюдением, а что самостоятельно) **	I
4)	Медицинская организация определяет ответственных лиц для осуществления контроля образовательного процесса на базе медицинской организации	II
5)	Студенты, слушатели резидентуры, другие лица, обучающиеся на базе медицинской организации, проходят инструктаж с целью обеспечения безопасности пациентов (гигиена рук, применение средств индивидуальной защиты) **	I
Параграф 3. Основы клинического ухода		
70. Прием амбулаторных пациентов. Процесс приема амбулаторных пациентов стандартизован		
1)	В медицинской организации разрабатываются и внедряются процедуры по распределению потоков пациентов при направлении на лечебные, консультативные и диагностические услуги, регистрации пациентов	II
2)	Расположение регистратуры обеспечивает максимальную доступность медицинского персонала (круговое, веерное расположение регистратуры в новых и строящихся зданиях) по принципу "ближе к посетителю"	I
3)	Регистратура оснащается в соответствии с производственными потребностями, обеспечивая непрерывную связь во время работы медицинской организации	I
4)	В медицинской организации проводятся профилактические медицинские осмотры целевых групп населения, скрининговые осмотры	II
5)	В медицинской организации разрабатываются и внедряются процедуры по диспансеризации населения	I
71. Специалисты первичной медико-санитарной помощи (врач общей практики, участковый врач-терапевт/педиатр, участковая медицинская сестра/медицинская сестра общей практики, акушер (-ка), фельдшер) осуществляют деятельность в соответствии с законодательством Республики Казахстан		
1)	Руководством медицинской организации разрабатываются процедуры по осуществлению деятельности специалистов первичной медико-санитарной помощи (диагностика и лечение наиболее распространенных заболеваний, а также травм, отравлений и других неотложных состояний; охрана	I

	семьи, материнства, отцовства и детства, в том числе планирование семьи; профилактические мероприятия и выявление факторов риска и другие) в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан ***	
2)	Заведующий отделением участковой (общеврачебной) службы координирует обслуживание вызовов и посещение пациентов на дому медицинским работником в соответствии с показаниями для обслуживания вызовов на дому	I
3)	Осуществляются профилактические услуги, включающие: профилактические осмотры, вакцинацию, формирование и пропаганду здорового образа жизни, рекомендации по рациональному и здоровому питанию, планирование семьи, диспансеризацию и динамическое наблюдение, патронаж беременных, детей, в том числе новорожденных, социально-психологическое консультирование	I
4)	Оказываются диагностические и лечебные медицинские услуги в соответствии с утвержденными руководством медицинской организации протоколами диагностики и лечения	I
5)	Определяется состояние нетрудоспособности пациентов. Осуществляется направление пациентов на медико-социальную экспертизу. Определяются показания к переводу на облегченные условия труда, санаторно-курортное лечение. Проводится анализ состояния здоровья прикрепленного контингента	II
72. Консультация амбулаторных пациентов. Процесс регистрации, осмотра и ведения амбулаторных пациентов стандартизируются		
1)	Внедряются процедуры, описывающие процесс регистрации, осмотра и ведения амбулаторных пациентов *	II
2)	Имеется график приема (консультации) врачей, доступный для пациентов (смотреть подпункт 1) пункта 11 настоящего Стандарта)	III
3)	Врач, осматривающий пациента по основному заболеванию, координирует лечение пациента на амбулаторном этапе	III
4)	При выполнении назначений лекарственных средств в поликлинике, дневном стационаре, процедурных кабинетах соблюдаются единые процедуры медицинской организации по назначению, документации выполненного назначения и мониторингу состояния пациента (смотреть подпункт 4) пункта 47; подпункт 1) пункта 50; подпункты 1), 2), 3), 4) пункта 51 и подпункты 1), 2), 3), 4), 5) пункта 52 настоящего Стандарта)	III
5)	В медицинской карте пациента содержится информация об основных текущих и перенесенных заболеваниях пациента, постоянно принимаемых лекарственных средств, аллергиях, операциях, контактные данные и адрес проживания пациента	I
73. Пациенты группы риска. Медицинская организация определяет пациентов группы риска и процедуры высокого риска (процедуры которые имеют высокую вероятность причинения вреда жизни или здоровью пациента и требуют повышенного внимания со стороны медицинского персонала и пациента).		
1)	Руководством медицинской организации определяются пациенты группы риска, которые по причине своего состояния, возрастных или физических особенностей не способны выразить свое мнение, либо существует риск резкого ухудшения состояния их здоровья за короткий промежуток времени	I
2)	Внедряются процедуры, описывающие особенности осмотра, лечения, ухода, обращения с пациентами группы риска *	II
3)	Форма осмотра пациента по необходимости дополняется информацией, важной для пациентов группы риска (модификация формы осмотра)	III
4)	При выявлении жертв насилия организация контактирует с заинтересованными социальными, правоохранительными органами и иными организациями	III
5)	В медицинской организации утвержден перечень процедур высокой степени риска *	II
74. В медицинской организации проводится первичный осмотр и медицинская сортировка пациентов (триаж). Первичный осмотр является информативным для определения потребностей пациента и составления первоначального плана лечения *		

1	Первичный осмотр осуществляется ответственными лицами в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	I
2	Запись первичного осмотра ответственным лицом вносится в медицинскую карту пациента в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
3	Записи в медицинской карте, включая осмотры, являются доступными медицинскому персоналу, задействованному в лечении и уходе за пациентом	III
4	Квалифицированные специалисты проводят осмотры на основе их образования, квалификации и навыков, подтвержденных документами	II
5	Идентификационные данные ответственного лица осуществляющего первичный осмотр зафиксированы в форме первичного осмотра ***	III
75. План лечения и ухода. Индивидуальный план лечения своевременно документируется и включает в себя цели или желаемые результаты лечения *		
1	План лечения разрабатывается индивидуально на основе первичного осмотра, предыдущих осмотров, результатов обследований	II
2	В разработку плана лечения вовлекается команда (врач, медицинская сестра и другие специалисты)	
3	План лечения по возможности включает цели или желаемые результаты лечения	II
4	План лечения соответствует требованиям клинических протоколов утвержденных руководством медицинской организации (смотреть пункт 10 настоящего Стандарта)	I
5	Листы назначения соответствуют плану лечения пациента. Пациенту назначаются необходимые консультации специалистов, исследования, лекарственная и иная терапия	III
76. Программа управления хроническими неинфекционными заболеваниями. Внедряется программа управления хроническими неинфекционными заболеваниями для обеспечения партнерских отношений пациентов с медицинским персоналом и повышения качества оказания медицинской помощи *		
1	Разрабатывается программа и внедряется процесс управления хроническими неинфекционными заболеваниями (оценка статуса прикрепленного населения, формирование стратегий по ведению пациентов, утверждение списков пациентов, индикаторов мониторинга)	III
2	Руководством медицинской организации определяются ответственные лица для реализации программы по управлению хроническими неинфекционными заболеваниями из числа руководителей медицинской организации, врачей, медицинских сестер и прочего персонала (мультидисциплинарная команда)	III
3	Проводится обучение пациентов по программе поддержки самоменеджмента и медицинского персонала по применению инструментов внедрения программы управления заболеваниями (ведение карт наблюдения, регистров)	II
4	Проводится мониторинг для оценки эффективности мероприятий по управлению хроническими неинфекционными заболеваниями в соответствии с утвержденными руководством процедурами медицинской организации	I
5	Результаты мониторинга применяются для принятия решений об обучении медицинского персонала и других мероприятий для улучшения деятельности медицинской организации	II
77. Повторные осмотры пациента. Состояние пациента наблюдается и документируется в динамике		
1	Состояние пациента наблюдается и документируется в динамике с целью оценки достижения целей или желаемых результатов от плана лечения	III
2	Повторные осмотры пациента проводятся регулярно в течение острой фазы заболевания и при хронической неострой фазе заболевания, в соответствии с процедурами медицинской организации в зависимости от состояния пациента *	II
3	План лечения обновляется в зависимости от состояния, диагноза пациента или на основе новой информации и по результатам повторных осмотров	II

4	Повторные осмотры пациента документируются в виде дневниковых записей врача (если применимо, также дневниковых записей медицинской сестры) с указанием состояния пациента в динамике	II
5	При появлении признаков ухудшения состояния пациента принимаются соответствующие меры в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации	II
78. Планирование выписки (для дневного стационара). Планирование выписки осуществляется в процессе лечения *		
1	Планирование выписки начинается с пункта первого контакта пациента с медицинской организацией	II
2	Процесс планирования выписки, в соответствии утвержденными процедурами медицинской организации, осуществляется с участием пациента и (или) их законными представителями. Если есть высокий риск смерти пациента, план лечения учитывает потребности умирающего пациента по купированию боли и прочих симптомов по оказанию социальной, психологической, духовной и культурной помощи; помощь оказывается с уважением и состраданием	II
3	Планирование выписки включает взаимодействие с медицинскими организациями или другими учреждениями в целях содействия непрерывности медицинской помощи	II
4	Планирование выписки учитывает социальные, духовные и культурные потребности пациента. Если есть высокий риск смерти пациента, медицинская организация взаимодействует с другими учреждениями для оказания социальной, психологической, духовной и культурной поддержки пациенту	I
5	Планирование выписки документируется в медицинской карте и обновляется по мере необходимости	II
79. Выписка из медицинской карты амбулаторного больного (выписной эпикриз). Выписной эпикриз содержит ключевую информацию об оказанной медицинской помощи *		
1	Готовность пациента к выписке определяется состоянием пациента и показаниями к выписке	II
2	Выписной эпикриз содержит причину госпитализации, основной диагноз, сопутствующие заболевания, ключевые данные осмотров, обследований, проведенное лечение, основные принятые лекарственные средства	II
3	Выписной эпикриз содержит информацию о состоянии пациента на момент выписки и подробные рекомендации по дальнейшему лечению и уходу	II
4	Копия выписного эпикриза хранится в медицинской карте, другая копия выписного эпикриза выдается пациенту в день выписки, либо выдается медицинскому работнику, ответственному за дальнейшее лечение пациента, с обязательным ознакомлением пациента с содержанием выписного эпикриза	II
5	Если пациент покинул медицинскую организацию без предупреждения или против рекомендаций врача, проводится информирование пациента и (или) его законных представителей, или врача по месту жительства о возможных рисках и последствиях	I
80. Перевод и транспортировка пациента. Перевод пациента согласовывается с принимающей организацией и обеспечивается безопасностью транспортировки пациента *		
1	Перевод пациента в другую медицинскую организацию проводится на основе переводного эпикриза, который содержит причину перевода, проведенное лечение, состояние пациента на момент перевода и дальнейшие рекомендации	III
2	Транспортировка пациента в другую медицинскую организацию осуществляется после подтверждения ею готовности принять пациента	II
3	При переводе пациента на медицинском транспорте заполняется транспортировочный лист с указанием состояния пациента во время транспортировки, оказанного лечения, названия принимающей организации и фамилии сопровождающих и принимающих пациента медицинского персонала	II

4	Санитарный автотранспорт оснащен в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан. Ответственными лицами медицинской организации проводятся регулярные проверки технического состояния санитарных автомашин (если транспорт принадлежит медицинской организации)	II
5	Пациент сопровождается квалифицированным медицинским персоналом в зависимости от состояния и потребностей пациента	I
81. Обучение пациента. Медицинская организация проводит непрерывное обучение пациентов и лиц, осуществляющих уход за пациентом, качественному, безопасному уходу		
1	Медицинской организацией разрабатываются процедуры, и внедряется процесс обучения пациентов и лиц, осуществляющих уход за пациентом, качественному, безопасному уходу	II
2	Персоналом медицинской организации проводится оценка потребностей в обучении пациента и лиц, осуществляющих уход за пациентом, качественному, безопасному уходу. Результаты оценки своевременно вносятся в медицинскую карту	II
3	Обучение качественному и безопасному уходу пациентов и лиц, осуществляющих уход за пациентом, проводится ответственным персоналом в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации	II
4	В соответствии с утвержденными руководством процедурами медицинской организации проводится мониторинг знаний пациента и лиц, осуществляющих уход за пациентом *	II
5	Результаты мониторинга используются при обучении пациента и лиц, осуществляющих уход за пациентом, для улучшения деятельности медицинской организации	II
82. Организация анестезиологической службы. Услуги по анестезии и седации являются доступными и соответствуют законодательству Республики Казахстан и профессиональным требованиям *		
1	Руководством медицинской организации определяется квалифицированное ответственное лицо, осуществляющее контроль анестезиологической службы и всех услуг по анестезии и седации. Функции квалифицированного ответственного лица прописываются в должностной инструкции	II
2	Квалифицированное лицо проводит пред-анестезиологический и пред-седационный осмотр, анестезию или седацию и наблюдает за пациентом во время и после анестезии и седации	I
3	Оказываемые услуги по седации и анестезии соответствуют профессиональным стандартам, клиническим протоколам	II
4	Осуществляется доступность услуг по седации и анестезии в экстренных ситуациях	I
5	Оформляется специальное информированное добровольное согласие пациента на анестезию и седацию (пациенту говорится о преимуществах, рисках, возможных осложнениях и альтернативах предлагаемой анестезии или седации) **	II
83. Анестезия. Разрабатываются и внедряются процедуры или руководства по анестезии *		
1	Перед проведением анестезии анестезиологом проводится и документируется в медицинской карте предварительный осмотр пациента (смотреть подпункт 1) пункта 18 настоящего Стандарта)	II
2	Перед началом анестезии анестезиологом проводится и документируется преиндукционная оценка состояния пациента	I
3	Физиологический статус во время анестезии на основе жизненно-важных функций наблюдается и документируется в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации.	II
4	Пост-анестезиологический статус каждого пациента контролируется на основе контроля показателей жизненных функций его организма, и в дальнейшем документируется в соответствии с процедурами утвержденными руководством медицинской организации	II
5	Решение о пробуждении пациента принимается анестезиологом в соответствии с утвержденными руководством медицинской организации процедурами	II
84. Седация. Разрабатываются и внедряются процедуры или руководства по седации *		

1	Перед проведением седации квалифицированный врач проводит и документирует в медицинской карте предварительный осмотр пациента (смотреть подпункт 1) пункта 18 настоящего Стандарта)	II
2	В СОП перечисляются все места, где проводится седация для сопровождения болезненных процедур (процедурная седация) *	III
3	При проведении процедурной седации в наличие имеются лекарственные средства и изделия медицинского назначения для оказания экстренной помощи	II
4	Процедурная седация осуществляется лицом, владеющим навыками углубленной реанимационной помощи (врач-анестезиолог, либо врач с действующим сертификатом по углубленной сердечно-легочной реанимации)	II
5	Восстановление после седации определяется на основе критериев пробуждения, которые документируются в медицинской карте	II
85. Услуги по оказанию экстренной медицинской помощи являются доступными по всей организации *		
1	В часы работы на территории медицинской организации являются доступными услуги экстренной медицинской помощи	II
2	Стандартизованный набор лекарственных средств, изделий медицинского назначения и оборудования для оказания базовой сердечно-легочной реанимации поддерживается в постоянной готовности	II
3	Медицинской организацией внедряются процедуры, описывающие порядок оказания базовой сердечно-легочной реанимации	I
4	В структурных подразделениях медицинской организации определяются лица, ответственные за проведение базовой сердечно-легочной реанимации	I
5	Медицинский персонал организации здравоохранения обучается оказанию базовой сердечно-легочной реанимации	I
86. Хирургическое вмешательство. Протокол операции составляется своевременно и подробно *		
1	До начала операции врачом проводится предоперационный осмотр и документирование его в виде предоперационного эпикриза в медицинской карте	II
2	В предоперационном эпикризе содержатся обоснование или причина операции, предоперационный диагноз, название планируемой операции	II
3	Оформляется специальное информированное добровольное согласие пациента на хирургическое вмешательство (пациенту говорится о преимуществах, рисках, возможных осложнениях и альтернативах предлагаемого метода лечения) **	II
4	В течение трех часов после окончания операции, до того, как пациент покинет зону пробуждения, составляется и документируется протокол операции	II
5	Протокол операции оформляется в соответствии с утвержденными руководством процедурами медицинской организации	I
87. Послеоперационный план лечения. В медицинской организации составление послеоперационного плана лечения и ухода стандартизируются		
1	Послеоперационный план лечения и ухода составляется врачом совместно с медицинской сестрой и другими задействованными специалистами	II
2	Послеоперационный план лечения и ухода за пациентом содержит полный перечень лечебных мероприятий, указания по уходу и питанию за данным пациентом	III
3	Послеоперационный план лечения составляется после операции и доступен для медицинского персонала	II
4	Послеоперационный план лечения прописан в медицинской карте пациента	II
5	При изменении состояния или потребностей пациента послеоперационный план лечения и ухода корректируется	II

Параграф 4. Лабораторные услуги		
88. Организация лабораторной службы. Лабораторные услуги являются доступными для пациентов и соответствуют законодательным актам Республики Казахстан и профессиональным требованиям		
1)	Руководством медицинской организации определяется квалифицированное лицо, осуществляющее контроль лабораторных услуг, оказываемых пациентам медицинской организации, в том числе оказываемых субподрядными организациями по договору	II
2)	Квалифицированными лицами проводятся и интерпретируются лабораторные исследования	I
3)	Оказываемые лабораторные услуги соответствуют законодательству Республики Казахстан ***	II
4)	Определенные лабораторные услуги являются доступными круглосуточно для экстренных ситуаций, возникающих во внерабочее время (если применимо)	II
5)	Лабораторные услуги, оказываемые субподрядными организациями по договору, контролируются через индикаторы или требования, которые прописываются в договоре **	I
89. Временные рамки лабораторных исследований. Определяются временные рамки на каждый вид лабораторного исследования *		
1)	На каждый вид лабораторного исследования определяются временные рамки готовности результата исследования *	II
2)	Результаты лабораторных исследований сообщаются своевременно	II
3)	Ответственным лицом проводится мониторинг своевременности выполнения экстренных лабораторных исследований **	I
4)	На каждый вид лабораторного исследования определяются границы нормальных значений, которые указаны в бланке с результатом исследования и при необходимости пересматриваются	II
5)	Медицинской организацией определяются критические (значительно отклоненные от нормы) результаты лабораторных исследований, при выявлении которых персонал лаборатории в течение 30 минут информирует врача или пост стационарного отделения (смотреть подпункты 1) и 3) пункта 55 настоящего Стандарта)	II
90. Обращение с биоматериалом пациента. Процессы сбора, идентификации и маркировки, транспортировки, утилизации биоматериала пациента стандартизируются *		
1)	Медицинской организацией утверждается и выполняется процесс назначения лабораторного исследования врачом и выписывания направления в лабораторию	II
2)	Медицинской организацией утверждается и выполняется процесс сбора биоматериала, его идентификации и маркировки	II
3)	Медицинской организацией утверждается и выполняется процесс безопасной транспортировки, обращения с биоматериалом пациента	I
4)	Медицинской организацией утверждается и выполняется процесс приема лабораторией, регистрации, отслеживания и хранения биоматериала пациента	II
5)	Вышеуказанные требования выполняются субподрядными организациями, выполняющими лабораторные исследования для пациентов организации	II
91. Лабораторная безопасность. Внедряется и выполняется программа лабораторной безопасности, взаимосвязанная с инфекционным контролем и безопасностью здания *		
1)	Медицинский персонал лаборатории защищается от рисков через средства индивидуальной защиты, специальную одежду, защитное оборудование и устройства (очки, ламинарный шкаф)	II
2)	Весь персонал лаборатории обучается основам лабораторной безопасности при трудоустройстве, при получении нового оборудования, при изменениях методов работы, после инцидентов связанных с соблюдением лабораторной безопасности **	I

3)	В рабочих зонах лаборатории выполняются требования программы лабораторной безопасности по запрету на прием пищи, жидкости, курению, применению косметики, прикосновению к контактным линзам или к губам	II
4)	Инциденты, связанные с безопасностью (например, укол иглой, контакт с биоматериалом), сообщаются ответственным лицам и по ним принимаются корректирующие меры, в соответствии с утвержденными процедурами (смотреть подпункт 2) пункта 9; подпункт 5) пункта 26 и подпункт 5) пункта 43 настоящего Стандарта)	II
5)	Один раз в год лицо, осуществляющее контроль лабораторных услуг, выступает с отчетом по лабораторной безопасности на заседании Комиссии по безопасности здания	II
92. Контроль качества в лаборатории. Проводится внутренний и внешний контроль качества лабораторных услуг		
1)	Медицинской организацией проводится внутренний контроль качества лабораторных услуг через оборудование или вручную путем выборочной перепроверки результатов исследований	II
2)	Внутренний контроль качества проводится в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации и не требует документации, если выполняется автоматически на оборудовании	III
3)	Проводится внешний контроль качества лабораторных услуг в соответствии с законодательством Республики Казахстан (через референс-лабораторию или выборочную перепроверку биоматериала) ***	II
4)	Внешний контроль качества проводится один раз в год и подтверждается документально **	I
5)	При неудовлетворительном результате внутреннего или внешнего контроля качества проводятся корректирующие мероприятия в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации	II
93. Лабораторное оборудование. Лабораторное оборудование поддерживается в рабочем состоянии		
1)	Лабораторное оборудование тестируется, поддерживается, калибруется, и эти действия документируются (смотреть подпункты 1), 2), 3), 4) и 5) пункта 43 настоящего Стандарта) **	III
2)	Лабораторное оборудование обслуживается в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации *	III
3)	Весь персонал обучается работе с оборудованием, с которым они работают **	III
4)	Если лабораторное оборудование находится вне лаборатории и им пользуется персонал клинических отделений, то они обучаются работе с оборудованием в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации **	II
5)	Ежеквартально руководителем или персоналом лаборатории проверяются все единицы лабораторного оборудования, которое находится вне лаборатории **	I
Параграф 5. Служба лучевой диагностики		
94. Организация службы лучевой диагностики. Услуги лучевой диагностики удовлетворяют нужды пациентов и соответствуют законодательству Республики Казахстан ***		
1)	Руководством медицинской организации определяется квалифицированное лицо, осуществляющее контроль лучевой диагностики, оказываемой пациентам медицинской организации	III
2)	Квалифицированные лица проводят радиологические, ультразвуковые и другие виды исследований лучевой диагностики	III
3)	Квалифицированные лица интерпретируют радиологические, ультразвуковые и другие виды исследований лучевой диагностики	III
4)	Оказываемые услуги лучевой диагностики соответствуют законодательству Республики Казахстан * **	II

5	Услуги лучевой диагностики, оказываемые субподрядными организациями, прописываются в) договоре. В соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации данные услуги мониторируются **	I
95. Временные рамки исследований в лучевой диагностике. Определяются временные рамки на каждый вид исследования в лучевой диагностике *		
1	На каждый вид радиологического исследования (рентген, компьютерная томография,) магнитно-резонансная томография) определяются временные рамки (сроки) готовности заключения по обследованию	II
2	) В медицинской организации заключение радиологических исследований готовится своевременно	II
3	) Проводится мониторинг своевременности выполнения экстренных радиологических исследований	I
4	) В случае отсутствия врача лучевой диагностики, допускается передача результатов исследования профильному специалисту, обладающему соответствующей компетентностью	II
5	) Определяются критические (значительно отклоненные от нормы) результаты радиологических исследований, при выявлении которых медицинский персонал информирует врача или ответственных лиц (смотреть подпункты 1) и 3) пункта 55 настоящего Стандарта)	I
96. Радиационная безопасность. Внедряется и выполняется программа радиационной безопасности, взаимосвязанная с инфекционным контролем и безопасностью здания *		
1	) Персонал отделения лучевой диагностики защищается от радиации через ношение рентген-защитной одежды, использование защитных устройств, ношение индивидуальных дозиметров	II
2	) Персонал радиологической службы обучается основам радиационной безопасности при трудоустройстве, получении нового оборудования, изменении методов работы и по мере необходимости в соответствии с утвержденными процедурами **	I
3	) Программа радиационной безопасности включает проверку защитных свойств всей рентген-защитной одежды каждые два года, проверку фона радиации в помещении один раз в год и ежеквартальный контроль индивидуальных дозиметров **	I
4	) Инциденты, связанные с безопасностью или несоблюдением радиационной безопасности, сообщаются и по результатам работы с инцидентами принимаются корректирующие меры (смотреть подпункт 2) пункта 9; подпункт 5) пункта 26 и подпункт 5) пункта 42 настоящего Стандарта)	II
5	) Ежегодно лицо, осуществляющее контроль радиационной безопасности, выступает с отчетом по радиационной безопасности на заседании Комиссии по безопасности здания	II
97. Радиологическое оборудование. Радиологическое оборудование поддерживается в рабочем состоянии		
1	) Все оборудование по лучевой диагностике (рентген, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование и другие) инспектируется, поддерживается и калибруется (смотреть подпункты 1), 2), 3), 4), 5) пункта 43 настоящего Стандарта)	II
2	) Действия по инспектированию, поддержке и калибровке оборудования по лучевой диагностике документируются **	II
3	) Оборудование по лучевой диагностике обслуживается в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации	III
4	) Ведется список всего оборудования по лучевой диагностике	III
5	) Требования к технической спецификации и характеристикам закупаемого оборудования по лучевой диагностике определяются специалистом по лучевой диагностике	II
98. Контроль качества в радиологии. Проводится внутренний и внешний контроль качества радиологических исследований		

1)	Внутренний контроль качества проводится ежедневно и не требует документации, если выполняется автоматически на оборудовании	II
2)	Ежегодно проводится внешний контроль качества путем выборочной перепроверки заключения внешним экспертом ("второе чтение") **	II
3)	Существует список внешних экспертов с контактными данными, к которым обращается организация при сомнительном, сложном случае ("второе чтение") **	II
4)	Знания, квалификация внешних экспертов подтверждается документально	II
5)	При неудовлетворительных данных контроля качества принимаются меры по улучшению работы в радиологии	II

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

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

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

Приложение 2
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 июня 2018 года № 325
Приложение 2
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 02 октября 2012 года № 676

Стандарты аккредитации медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь

Глава 1: Руководство

№	Измеряемые критерии	Ранги
1. Орган управления медицинской организации. Функции Органа управления (Наблюдательный Совет, Совет директоров, учредитель (и)) медицинской организации прописаны в документах		
1)	Структура и функции Органа управления, включая делегированные первому руководителю (-ям) медицинской организации полномочия, прописаны в Уставе (Положении) медицинской организации **	III
2)	Члены Органа управления медицинской организации избираются в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	III
3)	Органом управления утверждены критерии и ежегодно проводится оценка работы первого руководителя (-лей) медицинской организации	III
4)	Медицинская организация ежеквартально предоставляет Органу управления отчеты о результатах основной деятельности, включая сведения об ошибках медицинского персонала, жалобах, случаях смерти и результатах проведенного анализа по упомянутым событиям **	II

5)	Ежегодная оценка работы Органа управления вышестоящим органом здравоохранения или вышестоящим учредителем и оценка первого руководителя (-лей) медицинской организации подтверждается документально. Орган управления, являющийся высшим уровнем управления медицинской организации, оценивает свою деятельность в виде ежегодной самооценки **	I
2. Стратегическое и операционное планирование. Руководители медицинской организации планируют услуги согласно потребностям населения		
1)	В документе по стратегическому планированию (стратегия развития или стратегический план) (далее – стратегический план) излагаются миссия, видение, ценности, стратегические цели, задачи и индикаторы исполнения задач *	III
2)	Стратегический план медицинской организации разрабатывается с участием представителей структурных подразделений медицинской организации и согласуется Органом управления**	II
3)	На основании стратегического плана разрабатывается и утверждается годовой план медицинской организации *	II
4)	Руководство ежеквартально проводит мониторинг выполнения мероприятий годового плана организации (планов работы подразделений) и данных по индикаторам **	II
5)	Руководство планирует годовой бюджет и организует обеспечение медицинской организации необходимыми ресурсами для реализации производственных задач **	I
3. Производственное управление. Эффективное управление медицинской организации осуществляется в соответствии с ее миссией и основной деятельностью		
1)	Миссия и видение медицинской организации являются доступными для ее персонала и населения	III
2)	Медицинская организация действует в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан и своевременно реагирует на результаты проверок уполномоченных органов ***	III
3)	Для каждого структурного подразделения утверждается положение о подразделении с описанием основных функций и списком оказываемых услуг *	III
4)	Руководители структурных подразделений отчитываются перед руководством медицинской организации о выполнении поставленных задач и достижении желаемых результатов по индикаторам (смотреть подпункты 1), 2) пункта 8 настоящего Стандарта) **	II
5)	Руководство медицинской организации проводит системную, плановую работу по предупреждению рисков (смотреть подпункты 1), 4) и 5) пункта 9 настоящего Стандарта)	I
4. Организационная структура. Организационная структура соответствует миссии и деятельности организации		
1)	Организационная структура представляется в виде схемы, утверждается руководством медицинской организации и доводится до сведения персонала организации *	III
2)	В организационной структуре указывается должностное лицо, осуществляющее общее руководство медицинской организацией, и должностное лицо, осуществляющее контроль лечебно-профилактической деятельности	III
3)	В организационной структуре указывается должностное лицо, осуществляющее контроль сестринского ухода, должностное лицо, осуществляющее деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг, и (или) иные руководящие лица для реализации миссии медицинской организации	III
4)	В организационной структуре указывается должностное лицо, осуществляющее контроль эффективного управления финансовыми ресурсами	III
5)	Координация взаимодействия персонала структурных подразделений обеспечиваются положениями о подразделениях (где указаны функции подразделений), должностными инструкциями, правилами и процедурами организации, а также работой соответствующих комиссий медицинской организации	II

5. Этические нормы. Определяются и соблюдаются этические нормы организации

1)	В медицинской организации определяются этические нормы, которыми она руководствуется в своей деятельности, в том числе при принятии решений и определении правил поведения персонала	III
2)	Этический кодекс медицинской организации разрабатывается с участием представителей структурных подразделений медицинской организации и утверждается руководством *	III
3)	В медицинской организации создана Этическая комиссия для рассмотрения этических вопросов, возникающих при оказании медицинской помощи **	II
4)	В медицинской организации внедрен процесс выявления, своевременного анализа и принятия мер по этическим вопросам (решения о прекращении лечения, отказе в лечении и другие ситуации в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан) ***	I
5)	Персонал медицинской организации проходит обучение по вопросам этических норм в здравоохранении **	II

6. Культура безопасности (не карательная обстановка в коллективе, при которой безопасность пациента ставится выше профессиональной солидарности). Руководство организации внедряет и поддерживает культуру безопасности, поощряет выявление инцидентов, и принимает системные меры по улучшению работы

1)	Руководители и персонал медицинской организации обучены определениям: "культура безопасности", "инцидент", "потенциальная ошибка", "ошибка", "экстремальное событие", а также правилам оповещения и расследования инцидентов **	I
2)	В медицинской организации внедрен процесс обеспечения страхования (гарантирования) профессиональной ответственности медицинских работников, выполняющих процедуры и операции высокого риска (с высоким риском судебных исков) **	I
3)	В медицинской организации определены должностные лица ответственные за выявление, документирование и мониторинг инцидентов	I
4)	Внедрен процесс регистрации и оповещения об инцидентах в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации*	I
5)	В целях повышения качества услуг руководством медицинской организации принимаются системные действия, направленные на профилактику проблем и снижение рисков **	I

7. Управление качеством. В медицинской организации определяется должностное лицо, осуществляющее деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг, и утверждается программа или план, определяющие основные направления работы по улучшению качества оказания медицинских услуг

1)	Должностное лицо медицинской организации, осуществляющее деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг, обладает необходимыми навыками и знаниями в области улучшения качества (смотреть подпункт 3) пункта 4 настоящего Стандарта) **	I
2)	Орган управления медицинской организации ежегодно утверждает программу или план мероприятий по непрерывному улучшению качества медицинских услуг и повышения безопасности пациента с участием всех подразделений медицинской организации *	II
3)	В документе по непрерывному улучшению качества медицинских услуг дается определение термина "экстремальное событие"	II
4)	Экстремальное событие подлежит обязательному расследованию и о его результатах информируются руководство медицинской организации, заинтересованный пациент (ы), а также Орган управления медицинской организации (в квартальном отчете с указанием принятых мер) (смотреть подпункт 4) пункта 1 настоящего Стандарта) **	II
5)	Персонал медицинской организации обучается методам (инструментам) улучшения качества и надлежащему использованию статистических данных, полученных в результате мониторинга деятельности медицинской организации (смотреть подпункт 2) пункта 19 настоящего Стандарта)	I

8. Непрерывное повышение качества. В медицинской организации внедряется программа непрерывного повышения качества медицинских услуг и безопасности пациента

1)	Руководство ежегодно участвует в определении приоритетных индикаторов повышения качества (далее – индикаторы) медицинских услуг и безопасности пациента, как в целом для медицинской организации, так и для отдельных структурных подразделений. Показатели по достижению ключевых индикаторов включаются в квартальные отчеты медицинской организации об основной деятельности (смотреть подпункт 4) пункта 1 и подпункт 4) пункта 2 настоящего Стандарта) **	I
2)	Индикаторы структурных подразделений измеримы: разрабатываются формулы расчета (с определенным числителем и знаменателем, если применимо), определяются желаемые пороговые значения; проводится сбор данных и анализ индикаторов **	I
3)	Проводится клинический аудит медицинских карт, согласно утвержденным внутренним процедурам медицинской организации, соответствующим требованиям законодательством Республики Казахстан * Результаты клинического аудита используются при разработке мер по повышению качества медицинских услуг *	I
4)	Проводится анкетирование удовлетворенности пациентов в соответствии с законодательством Республики Казахстан . Результаты анкетирования учитываются при разработке мер по повышению качества медицинских услуг *	I
5)	На заседаниях соответствующих комиссий проводится разбор клинических случаев, результаты которого применяются для улучшения клинической деятельности	I

9. Управление рисками. В медицинской организации внедряется программа по управлению рисками

1)	Медицинская организация имеет утвержденную программу по управлению рисками, которая включает следующие элементы: цель и задачи документа; образец реестра рисков и способ оценки рисков; утвержденное должностное лицо, осуществляющее деятельность по управлению рисками; требования по обучению персонала; виды рисков (стратегические, клинические, финансовые и прочие риски); образец плана действий по устранению рисков и требование разработать действие на каждый значительный риск; требование информировать заинтересованные стороны о рисках *	I
2)	Утвержденная программа по управлению рисками реализуется персоналом медицинской организации, который участвует в: выявлении рисков; сообщении о рисках; оценке и определении приоритетности рисков; анализе инцидентов (потенциальных ошибок, ошибок, экстремальных событий); составлении и реализации плана действий	I
3)	Руководители структурных подразделений и персонал медицинской организации осведомлены о возможных неблагоприятных событиях, которые могут возникнуть вследствие клинических, техногенных и организационных особенностей производственных процессов (далее – риски) в своих подразделениях	I
4)	Медицинская организация проводит непрерывную оценку рисков. Источники информации о рисках: инциденты, медицинский персонал, наблюдения, обзор документации, пациенты и их законные представители **	I
5)	Медицинская организация принимает меры по полноценной реализации мероприятий программы управления рисками, снижению или устранению рисков (ежегодно составляется, обновляется и корректируется план действий по снижению рисков) **	I

10. Клинические протоколы. Руководители медицинской организации контролируют применение и внедрение медицинским персоналом клинических протоколов

1)	Руководством медицинской организации проводится мониторинг внедрения и применения клинических протоколов	III
2)	В медицинской организации определены ответственные лица по мониторингу внедрения и применения клинических протоколов	I
3)	Мероприятия по мониторингу внедрения клинических протоколов осуществляются в рамках плановых мероприятий внутренней экспертизы в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан	III
4)	Проводится клинический аудит путем ретроспективного и (или) текущего анализа медицинских карт на предмет их соответствия требованиям клинических протоколов, основанных на доказательной медицине	I
5)	Результаты клинического аудита медицинских карт применяются для обратной связи с медицинским персоналом, обучения персонала и других мероприятий для повышения качества медицинских услуг в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации	I

11. Работа с населением. Медицинская организация вовлекает пациентов, население и персонал в планирование оказания медицинских услуг и способствует доступности оказываемых медицинских услуг для населения

1)	Медицинская организация информирует население об оказываемых медицинских услугах и условиях (порядке) их получения, а также о любых изменениях в списке оказываемых медицинских услуг и условиях (порядке) их получения **	III
2)	Медицинская организация информирует население о качестве оказываемых медицинских услуг (индикатор "удовлетворенность пациента" и другие) **	III
3)	Медицинская организация постоянно поддерживает обратную связь с населением по оказываемым медицинским услугам через средства коммуникации (веб-сайт, социальные сети, телефон, call-центр)	III
4)	Медицинская организация участвует в программах по обучению населения здоровому образу жизни и профилактике заболеваний **	III
5)	В соответствии с утвержденными процедурами медицинская организация планирует оказание медицинских услуг с учетом потребностей населения	II

Глава 2: Управление ресурсами

12. Управление финансами. Финансовые ресурсы медицинской организации используются эффективно для реализации плановых задач

1)	Бюджет медицинской организации соответствует поставленным задачам стратегического и операционного (годового) планов работы (смотреть подпункты 2), 3) пункта 2 настоящего Стандарта)	II
2)	Бюджет организации составляется на основании заявок руководителей подразделений	III
3)	Бюджет позволяет обеспечивать медицинскую организацию необходимыми ресурсами для осуществления деятельности и пересматривается в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации (смотреть подпункт 5) пункта 2 настоящего Стандарта)	III
4)	Для экстренного приобретения лекарственных средств и изделий медицинского назначения, отсутствующих в медицинской организации, имеется договор их внепланового закупа **	II
5)	Медицинские услуги, осуществляемые на платной основе, оказываются на основании утвержденного прейскуранта цен, доступного населению **	II

13. Финансовый аудит и бухгалтерский учет. Управление финансовыми ресурсами организации проводится в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан

1)	Существует система или процесс внутреннего финансового контроля	II
2)	Внешний государственный аудит и внешний аудит медицинской организации проводится в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	III
3)	Бухгалтерский учет основывается на достоверной финансовой информации обо всех источниках доходов и расходов, обеспечивает своевременные и точные финансовые отчеты для принятия решений. Бухгалтерский учет ведется с применением признанных автоматизированных программ **	III
4)	Прибыли, убытки и расходы на медицинские услуги регулярно отслеживаются в сравнении с бюджетами и предоставляются первому руководителю в виде ежеквартальных финансовых отчетов **	III
5)	Бухгалтерские отчеты своевременно направляются в налоговые органы и органы государственной статистики	II
14. Фонд оплаты труда. Оплата труда персонала осуществляется своевременно и с учетом дифференцированного вклада работника в производительность организации		
1)	Оплата труда персонала медицинской организации осуществляется на основании утвержденного положения, согласованного с Органом управления (далее - Положение) *	III
2)	При оплате труда персонала медицинской организации на основе дифференцированной системы оплаты, в Положении предусмотрены индикаторы для определения производительности труда персонала, утвержденные руководством медицинской организации в соответствии с законодательством Республики Казахстан *	III
3)	При дифференцированной оплате труда периодически проводится определение производительности работников на основании утвержденных индикаторов **	III
4)	Оплата труда персоналу, перечисления в пенсионный фонд и другие обязательные отчисления осуществляются своевременно **	III
5)	Оплата труда персоналу осуществляется на основе утвержденной медицинской организацией организационной структуры, штатного расписания **	II
15. Информационное управление. Создаются надлежащие условия для эффективного управления данными		
1)	В медицинской организации имеется достаточное количество технических средств, обеспечивающих потребности медицинского персонала при работе с медицинской и административной информацией, своевременного и полного ввода данных в локальную информационную систему медицинской организации	III
2)	Руководство обеспечивает доступ медицинских работников к сети интернет для своевременного получения и обмена информацией, необходимой в работе	III
3)	Руководство медицинской организации обеспечивает доступность действующих нормативных правовых актов и правовых актов Республики Казахстан персоналу организации	III
4)	Руководство медицинской организации создает условия для ведения медицинских карт в электронном формате	III
5)	Медицинская организация утверждает процедуры управления документацией в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
16. Защита информации. Медицинская организация обеспечивает конфиденциальность, безопасность и целостность информации		
1)	В медицинской организации определены уровни доступа персонала к конфиденциальной информации *	II
2)	Информация на бумажном и электронном носителях защищается от повреждения, утери и неавторизованного доступа (несанкционированное проникновение в автоматизированную информационную систему)*	II

3	В соответствии с законодательством Республики Казахстан в медицинской организации) обеспечивается конфиденциальность информации о пациенте ***	I
4	Персонал обучается правилам по защите и неразглашению конфиденциальной информации)	III
5	В медицинской организации определены сроки хранения и порядок уничтожения медицинских и) немедицинских документов, в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
17. Внутренние документы. Руководство совместно с персоналом разрабатывает, утверждает и внедряет процедуры медицинской организации, регламентирующие ее деятельность		
1	Утвержден порядок разработки, согласования, утверждения и оформления, пересмотра процедур) организации *	III
2	Составляется и обновляется список всех действующих внутренних процедур организации **)	III
3	Руководство организации обеспечивает доступность для персонала информации о действующих) процедурах организации	III
4	Проводится обучение персонала медицинской организации по утвержденным процедурам) организации	III
5	Персонал осуществляет свою деятельность в соответствии с процедурами, утвержденными) руководством медицинской организации	II
18. Медицинская документация. Медицинская документация составляется своевременно и способствует преемственности медицинской помощи		
1	В медицинских картах применяются формы медицинской документации согласно законодательству) Республики Казахстан и лучшей мировой практики ***	III
2	Содержание медицинской карты стандартизируется в соответствии с утвержденными процедурами) медицинской организации. Каждая запись в медицинской карте подписывается автором с указанием даты и времени *	I
3	Все проведенные лечебные мероприятия и медикаментозная терапия своевременно) документируются в медицинской карте пациента *	I
4	В медицинских картах используются аббревиатуры, символы из списка, утвержденного) руководством медицинской организации. Записи в медицинских картах написаны и оформлены разборчиво *	III
5	В медицинской организации проводится клинический аудит качества, своевременности и полноты) записей в медицинских картах (смотреть подпункт 3) пункта 8 настоящего Стандарта) *	I
19. Анализ данных. Проводится проверка достоверности данных и их статистический анализ		
1	Утверждена процедура проверки достоверности публикуемых и предоставляемых во внешние) организации данных **	III
2	Ответственные лица, выполняющие проверку достоверности данных, обучены, имеют достаточный) опыт и компетенцию **	III
3	При мониторинге новых индикаторов проводится проверка достоверности полученных данных) вторым лицом *	III
4	Свод данных по индикаторам для включения в квартальные отчеты для руководства осуществляется) ответственным работником (смотреть подпункт 4) пункта 1 и подпункт 4) пункта 2 настоящего Стандарта) **	III
5	При отсутствии специального подразделения определяются ответственные лица по статистическому) анализу собираемых данных и своевременному предоставлению их заинтересованным сторонам **	II
20. Штатное расписание. Штатное расписание соответствует организационной структуре, миссии и деятельности медицинской организации		

1	Штатное расписание медицинской организации утверждается руководством медицинской организации в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
2	Штатное расписание соответствует организационной структуре и деятельности медицинской организации	III
3	В медицинской организации утверждаются квалификационные требования к должностям в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
4	Пересмотр штатного расписания руководством медицинской организации проводится на основании заявок руководителей структурных подразделений, анализа соответствия штатного расписания производственным нуждам (определение уровня укомплектованности персоналом; необходимого уровня стажа и компетентности; расчет эффективной и рациональной структуры должностей персонала) ***	III
5	На каждый вид должности, включая внештатных работников, совместителей, консультантов, слушателей резидентуры, руководством медицинской организации утверждается должностная инструкция с указанием квалификационных требований (образование, обучение, знания, навыки и опыт) и функций, специфичных для данной должности **	II
21. Управление человеческими ресурсами. В медицинской организации внедрен процесс эффективного управления человеческими ресурсами		
1	Процедуры по поиску, инструктажу (ориентации) и адаптации персонала разрабатываются в соответствии с законодательством Республики Казахстан и внедряются в медицинской организации ***	III
2	Персонал медицинской организации соответствует квалификационным требованиям должностной инструкции к занимаемой должности. Копия подписанной персоналом должностной инструкции имеется в кадровой службе	III
3	Руководители создают условия для непрерывного обучения персонала медицинской организации (доступ в интернет, компьютеры, тренинговый класс, библиотека)	III
4	Определяются потребности персонала в обучении. Обучение проводится на базе или вне медицинской организации	III
5	Руководством разрабатываются и внедряются процедуры для мотивации персонала медицинской организации и укрепления корпоративного духа (смотреть подпункты 1), 5) пункта 6 и подпункт 5) пункта 14 настоящего Стандарта)	II
22. Личное дело персонала. Руководством медицинской организации установлен процесс формирования, хранения и обновления личных дел персонала		
1	Личные дела персонала медицинской организации хранятся в соответствии с утвержденными внутренними процедурами медицинской организации. Содержание личных дел стандартизировано	II
2	Личные дела медицинского персонала, включая внештатных работников, совместителей, консультантов, слушателей резидентуры содержат сертификат специалиста, сведения об образовании, трудовом стаже и квалификации персонала	I
3	Личное дело каждого медицинского работника содержит доказательство проверки подлинности у первоисточника документов об образовании работника, в соответствии с требованиями должностной инструкции	I
4	Личное дело каждого медицинского работника содержит результаты оценки деятельности персонала, проводимые один раз в год	II
5	Личное дело каждого медицинского работника содержит записи о проведении обучения на базе медицинской организации и вне организации	III
23. Инструктаж. Медицинская организация проводит инструктаж каждого работника для ознакомления с организацией		
1	В медицинской организации разрабатываются и используются учебные материалы (письменные и (или) видеоматериалы) для проведения инструктажа	III

2	Все штатные и внештатные медицинские работники, совместители, консультанты, студенты, слушатели резидентуры, лица, обучающиеся на базе медицинской организации, проходят инструктаж и обучение для ознакомления с медицинской организацией, со своими должностными обязанностями (для работников) и основными требованиями по безопасности **	III
3	Инструктаж персонала включает противопожарную безопасность, готовность к чрезвычайным ситуациям и соблюдение правил техники безопасности на рабочем месте	III
4	Инструктаж персонала включает вопросы инфекционного контроля и требования по безопасной работе с медицинским оборудованием	III
5	Инструктаж персонала медицинской организации включает ознакомление с программой повышения качества медицинской помощи и безопасности пациента	II
24. Оценка клинических навыков. Проводится оценка знаний и клинических навыков клинического персонала в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации		
1	При трудоустройстве проводится оценка клинических навыков врача и утверждается список его клинических привилегий (перечень операций и процедур высокого риска, выполнение которых разрешено врачу в данной медицинской организации)	II
2	При трудоустройстве проводится оценка навыков среднего медицинского персонала и утверждаются персональные списки компетенций в соответствии с процедурами медицинской организации	III
3	При трудоустройстве проводится оценка навыков персонала параклинических структурных подразделений медицинской организации	II
4	Один раз в три года или чаще проводится процедура пересмотра клинических привилегий врача с учетом оценки деятельности врача, его текущей квалификации (знаний, образования, навыков и опыта), исходов лечения, в том числе неблагоприятных исходов и других сведений * При несоответствии компетенции врача требованиям должностной инструкции, показателям работы или уровню квалификации, рассматривается вопрос отстранения врача от клинической практики в данной организации (ограничение привилегий) или направление на обучение или менторство	II
5	В медицинской организации ежегодно проводится переоценка компетенций персонала, параклинических структурных подразделений и средних медицинских работников	I
25. Ежегодная оценка персонала. Один раз в год проводится оценка работы медицинского персонала, в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации		
1	Утверждаются процедуры оценки и форма оценки медицинских работников. Форма оценки врача клинической специальности (врач, который проводит осмотр или лечение пациента) включает критерии: лечение и уход (врач оказывает эффективную и целесообразную медицинскую помощь); клинические знания (врач владеет нужными знаниями, применяет эти знания в работе); повышение квалификации (врач улучшает свою клиническую практику и знания); личные качества и коммуникабельность (врач поддерживает профессиональные взаимоотношения с пациентами и коллегами); этическая практика (врач относится к пациенту с состраданием, уважением к пациентам из разных социальных и культурных слоев); системное мышление (врач проявляет активность и гибкость в использовании нужных ресурсов); бережливое отношение к ресурсам (врач целесообразно и своевременно назначает лекарственные средства, исследования, консультации)	III
2	При оценке врачей, среднего медицинского персонала и других работников, перечень которых определен медицинской организацией, учитываются установленные показатели работы (индикаторы деятельности) и эти показатели содержатся в личных делах	II
3	Заполненная форма оценки персонала хранится в личном деле. Персонал организации ознакомлен с результатами оценки его работы	III
4	На основании результатов оценки определяется соответствие персонала занимаемой должности согласно требованиям законодательством Республики Казахстан ***	III

5	Проводится оценка профессиональных компетенций персонала (смотреть подпункты 4), 5) пункта 24 настоящего Стандарта)	II
26. Здоровье и безопасность персонала. Здоровье и безопасность персонала медицинской организации поддерживаются в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***		
1	Медицинская организация предоставляет (или обеспечивает) персоналу идентификационные бейджи, необходимую защитную одежду, средства индивидуальной защиты и защитное оборудование (включая средства для радиационной безопасности)	I
2	Медицинская организация проводит оценку безопасности рабочих мест в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	III
3	Медицинская организация проводит мониторинг рабочей нагрузки, оказывает психологическую поддержку персонала для минимизации стресса и его контроля (антистрессовая комната, комната духовного уединения и другие) *	II
4	Медицинская организация создает условия и проводит мероприятия для персонала по продвижению здорового образа жизни (спортивные мероприятия, мероприятия направленные против табакокурения и другие) **	I
5	Медицинская организация обеспечивает защиту персонала от вредных и (или) опасных производственных факторов и принимает меры по предотвращению производственного травматизма **	I
27. Внештатные работники. Персонал, не состоящий в штатном расписании организации (внештатный персонал), имеет соответствующее предоставляемыми ими медицинскими услугами образование и квалификацию		
1	Внештатный персонал соответствует квалификационным требованиям предъявляемым руководством медицинской организации. Копия договора на оказание услуг имеется в кадровой службе (смотреть подпункт 2) пункта 21 и подпункт 1) пункта 22 настоящего Стандарта) **	III
2	Личное дело внештатного персонала содержит доказательство проверки подлинности у первоисточника документов об образовании (смотреть подпункт 2) пункта 21 настоящего Стандарта) **	III
3	При трудоустройстве проводится оценка клинических навыков внештатного медицинского персонала и утверждается список клинических привилегий или список компетенций в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации (смотреть подпункты 1), 2) и 3) пункта 24 настоящего Стандарта) **	III
4	Один раз в год проводится оценка качества работы внештатного персонала, результаты оценки хранятся в личном деле (смотреть пункт 25 настоящего Стандарта) **	III
5	Результаты оценки качества работы внештатного персонала применяются для повышения качества услуг медицинской организации	I
28. Мониторинг договоров. Руководители медицинской организации контролируют качество представляемых по договору услуг и товаров		
1	Руководителем медицинской организации определяются ответственные лица по курации договоров о закупке товаров или услуг для медицинской организации	II
2	В каждом договоре прописываются требования к поставщикам, объему и качеству предоставляемых услуг или товаров **	I
3	В каждом договоре прописываются индикаторы, на основании которых медицинская организация проводит мониторинг договора и оценку качества услуг или товаров поставщика **	II
4	Результаты мониторинга договоров на основе установленных индикаторов доводятся до сведения руководства медицинской организации **	II
5	При несоответствии качества услуг или товаров поставщика требованиям медицинской организации, принимаются меры по устранению несоответствий вплоть до расторжения договора с поставщиком	I

Глава 3: Управление безопасностью

Параграф 1. Инфекционный контроль		
29. Комиссия по инфекционному контролю. Комиссия по инфекционному контролю координирует выполнение программ и алгоритмов по инфекционному контролю		
1	Медицинская организация проводит анализ результатов инфекционного контроля и эпидемиологической обстановки за год, включающий оценку эпидемиологических рисков **	I
2	На основании оценки эпидемиологических рисков руководством медицинской организации разрабатываются и утверждаются программа инфекционного контроля и план работы (план мероприятий) по инфекционному контролю на предстоящий календарный год, включающие достижимые и измеримые задачи по снижению рисков **	III
3	Проводится мониторинг инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (внутрибольничные инфекции), в том числе связанных с использованием дыхательной аппаратуры, применением катетеров, а также вызванных резистентными микроорганизмами и другими приоритетными для организации инфекциями **	I
4	Комиссия по инфекционному контролю проводит анализ данных по внутрибольничным инфекциям и на их основании принимает меры для повышения инфекционной безопасности пациента **	II
5	Не реже одного раза в квартал специалисты инфекционного контроля (члены комиссии инфекционного контроля) информируют персонал и руководство организации о результатах мониторинга индикаторов инфекционного контроля, и о рекомендациях для улучшения деятельности медицинской организации по вопросам инфекционного контроля	I
30. Программа по инфекционному контролю. В медицинской организации разрабатывается и внедряется программа по инфекционному контролю		
1	Программа по инфекционному контролю разрабатывается и внедряется в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	III
2	При разработке программы по инфекционному контролю учитываются рекомендации ВОЗ или других профессионально признанных источников, основанных на доказательной медицине *	III
3	Результаты инфекционного контроля своевременно предоставляются в территориальные департаменты Комитета охраны общественного здоровья уполномоченного органа в области здравоохранения в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	III
4	Руководство предоставляет необходимые ресурсы для эффективного выполнения программы инфекционного контроля	II
5	Руководством медицинской организации утвержден ответственный персонал за своевременное предоставление результатов инфекционного контроля в уполномоченный орган в области здравоохранения	II
31. Процедуры по инфекционному контролю. Медицинская организация разрабатывает, утверждает и внедряет процедуры и алгоритмы в области инфекционного контроля		
1	В медицинской организации внедряются алгоритмы по универсальным мерам предосторожности, применению средств индивидуальной защиты *	II
2	Процедуры и алгоритмы медицинской организации в области инфекционного контроля разрабатываются в соответствии с законодательством Республики Казахстан *	II
3	В медицинской организации в наличии имеется достаточное количество средств индивидуальной защиты (смотреть подпункт 5) пункта 30 настоящего Стандарта)	II
4	В местах обработки рук установлены раковины с проточной водой, мылом, антисептиками, салфетками или другими средствами для сушки рук (смотреть подпункт 5) пункта 30 настоящего Стандарта)	I
5	Средства индивидуальной защиты используются персоналом в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации	I

32. Дезинфекция, стерилизация и прачечная. Чистка (уборка), дезинфекция, стерилизация и обращение с бельем проводятся с минимизацией риска инфекций в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан ***

1)	Персонал медицинской организации соблюдает требования законодательства в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Республике Казахстан по чистке (уборке), дезинфекции помещений и поверхностей	I
2)	Одноразовые изделия утилизируются (исключается повторное использование) после использования в соответствии с утвержденными процедурами организации и требованиями законодательства Республики Казахстан *	I
3)	Дезинфекция и стерилизация изделий медицинского назначения проводится с минимизацией риска инфекций, с соблюдением поточности процесса от "грязной" к "чистой" зоне. Персонал соблюдает этапность проведения стерилизации (сбор, транспортировка, учет, укладка, предстерилизационная очистка, стерилизация, упаковка, маркировка, доставка, хранение инструментов) *	I
4)	Качество предстерилизационной очистки и стерилизации контролируется с применением химических и (или) биологических индикаторов **	I
5)	Обращение с чистым и грязным бельем, стирка белья проводится с минимизацией риска кросс-инфекции. Персонал соблюдает процедуры по обращению с бельем (сбор, транспортировка, передача, стирка, глажка, учет, раздача, применение) *	I

33. Медицинские отходы. Организация обеспечивает безопасное обращение с отходами

1)	В медицинской организации внедряется процедура по безопасному обращению с медицинскими отходами, включая обращение с острыми, колющими и режущими изделиями медицинского назначения, классификация всех отходов, образуемых в медицинской организации, а также их своевременная утилизация *	I
2)	Помещение для централизованного сбора опасных медицинских отходов соответствует требованиям законодательства Республики Казахстан (используются закрытые мусорные контейнеры, достаточная вентиляция воздуха, соблюдается температурный режим)	I
3)	Отходы утилизируются безопасным образом в соответствии с законодательством Республики Казахстан * * * Острые, колющие и режущие предметы утилизируются в специальных контейнерах для безопасного сбора и утилизации отходов	I
4)	Остатки и компоненты крови, биологические жидкости, ткани организма хранятся и утилизируются с минимизацией риска инфицирования в маркированных контейнерах, согласно классификации отходов, с соблюдением температурного режима и сроков временного хранения	I
5)	Медицинский персонал обучается процедурам по обращению с опасными медицинскими отходами и соблюдает их на практике **	I

34. Пищеблок. Медицинская организация минимизирует риск инфекций при приготовлении пищи

1)	Обращение с продуктами питания на всех этапах соответствует требованиям законодательства Республики Казахстан и обеспечивает их сохранность и безопасность ***	I
2)	Продукты питания хранятся с соблюдением санитарно-эпидемиологических требований Республики Казахстан, включая температурный режим, влажность, защиту от света, вентиляцию, сроки хранения, товарное соседство, наличие документов, подтверждающих происхождение, качество и безопасность, соблюдение условий, исключающих их загрязнение и порчу, а также попадание в них посторонних предметов и веществ *	I
3)	Технологические процессы приготовления пищи происходят с соблюдением требований норм санитарно-эпидемиологического благополучия населения Республики Казахстан, включая температурный режим, деление на зоны (сырая, готовая продукция), маркировку разделочного инвентаря, оборудования и тары, отдельную обработку готовых и сырых пищевых продуктов *	I

4	Проводится обработка продуктов питания, поверхностей, посуды и других мест приготовления, обработки и хранения пищи, а также вспомогательных помещений пищеблока, для предотвращения кросс-инфекций в пищеблоке в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями	I
5	Персонал пищеблока медицинской организации проходит медицинский осмотр, профессиональную подготовку (квалификацию, специальность), соответствующую характеру выполняемых работ, а также обучение и аттестацию в области соблюдения требований норм санитарно-эпидемиологического благополучия населения Республики Казахстан, обеспечивающих безопасность производства пищевых продуктов **	I
35. Инженерные системы и ремонтные работы. Инфекционный контроль поддерживается инженерными системами. Требования инфекционного контроля соблюдаются при проведении ремонтных работ		
1	В местах, где необходима асептическая рабочая зона, (микробиологическая, патологоанатомическая лаборатории) в медицинской организации устанавливается специализированное лабораторное оборудование (ламинарные боксы)	II
2	Фильтр с отдельным входом и (или) изолятор с боксом для изоляции пациентов с инфекцией оснащены в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан ***	I
3	В медицинской организации при проведении ремонтных и строительных работ соблюдаются процедуры по инфекционному контролю, по определению уровня рисков в зависимости от масштаба и вида работ *	I
4	Лица, осуществляющие ремонтные работы, обучаются по вопросам инфекционного контроля	II
5	Для предотвращения инфицирования пациентов и персонала в результате ремонтно-строительных работ, их производство письменно согласуется с ответственным лицом инфекционного контроля медицинской организации **	II
36. Процедура изоляции. В медицинской организации разрабатываются и внедряются процедуры и алгоритмы по изоляции (инфекционных) пациентов		
1	Персонал медицинской организации обучается процедурам и алгоритмам по изоляции инфекционных пациентов	III
2	В медицинской организации имеется фильтр с отдельным входом и (или) изолятор с боксом для изоляции пациентов с инфекцией	I
3	В зоне нахождения инфекционного пациента имеются средства индивидуальной защиты, визуальный знак информирующий персонал и посетителей о риске инфекционного заражения. Процедура изоляции включает строгое соблюдение правил обработки рук	I
4	Пациенты с инфекцией и ухаживающие за ними лица обучаются вопросам инфекционного контроля, включая правилам обработки рук и требованиям к пациентам по изоляции **	II
5	Уборка, обработка помещения и предметов во время нахождения инфекционного пациента и после его выписки проводятся согласно законодательства в области санитарно-эпидемиологических требований Республики Казахстан ***	I
37. Обучение персонала по вопросам инфекционного контроля. Медицинская организация проводит непрерывное обучение персонала по инфекционному контролю		
1	Ежегодно весь персонал медицинской организации проходит обучение по вопросам инфекционного контроля **	III
2	Знания персонала медицинской организации по инфекционному контролю тестируются ежегодно	III
3	Дополнительное обучение по инфекционному контролю проводится для студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации	II
4	Проводится обучение пациентов, законных представителей пациента по вопросам инфекционного контроля	II

5	В случае ухудшения показателей индикаторов мониторинга инфекционного контроля, в) медицинской организации проводится дополнительное обучение медицинского персонала (смотреть подпункт 5) пункта 29 настоящего Стандарта) по вопросам инфекционного контроля	II
Параграф 2. Безопасность здания		
38. Комиссия по безопасности зданий. В медицинской организации внедряется Программа по безопасности зданий, выполнение которой координирует Комиссия по безопасности зданий		
1	Создается и работает Комиссия по безопасности зданий, которая координирует действия по) поддержанию безопасности зданий и окружающей среды **	III
2	Программа по безопасности зданий разрабатывается на основе законодательства Республики Казахстан и включает разделы: безопасность окружающей среды и система охраны, пожарная) безопасность, готовность к чрезвычайным ситуациям, обращение с опасными материалами, медицинское оборудование, коммунальные (инженерные) системы *	III
3	Программа по безопасности зданий пересматривается ежегодно с определением приоритетных на) каждый год направлений работы *	III
4	Ежеквартально руководитель медицинской организации получает отчет от Комиссии по) безопасности здания или должностного лица, ответственного за выполнение Программы по безопасности зданий, с указанием проведенных ключевых работ и существующих проблемах (рисков) безопасности зданий и окружающей среды **	II
5	Руководитель медицинской организации ежегодно направляет отчет в Орган управления) медицинской организации о выполнении Программы по безопасности зданий с указанием проведенных ключевых работ и существующих проблем (рисков) безопасности зданий и окружающей среды. В случае если Орган управления и руководитель медицинской организации являются одним лицом, то отчет предоставляет Комиссия по безопасности здания или должностное лицо, ответственное за выполнение Программы по безопасности зданий **	II
39. Безопасность окружающей среды. Здание (я) и территория медицинской организации являются безопасными и комфортными для пациентов, персонала и посетителей *		
1	Состояние здания (й) и территории медицинской организации соответствуют требованиям) законодательства Республики Казахстан ***	I
2	Случаи производственного травматизма и другие подлежащие отчетности сведения сообщаются в) уполномоченные органы	I
3	Комиссия по безопасности зданий ежеквартально инспектирует (тестирует) здания и помещения,) инженерные системы и оборудование с последующим документированием результатов проведенной инспекции	III
4	Здания и помещения, инженерные системы, оборудование и прочие предметы регулярно) обновляются и поддерживаются на безопасном уровне	III
5	При обнаружении значительных рисков для персонала, пациентов, посетителей или для) окружающей среды, руководство медицинской организации предпринимает надлежащие действия по выделению средств, информированию заинтересованных сторон и снижению выявленных рисков	I
40. Охрана и защита. Обеспечивается охрана и защита здания и территории медицинской организации () (смотреть подпункт 2) пункта 38 настоящего Стандарта) *		
1	Медицинский персонал, внештатные и контрактные работники, студенты, слушатели резидентуры,) лица, обучающиеся на базе медицинской организации, идентифицируются в соответствии с процедурами медицинской организации (смотреть подпункт 1) пункта 26 настоящего Стандарта)	III
2	Сотрудниками охранной службы проводится мониторинг (видеонаблюдение и обход) здания и) территории с целью охраны и защиты	II
3	Документируются обход (инспекция) здания и передача дежурств между сотрудниками охранной) службы **	III

4	Ограничивается вход посторонних лиц в дневной стационар и режимные отделения (зоны контроля инженерных, коммунальных систем и другие)	I
5	Сотрудники охранной службы обучаются действиям при чрезвычайных ситуациях (при кодах по безопасности), а также оказанию первой помощи **	II
41. Пожарная безопасность. Внедряется программа по снижению пожарного риска и задымления (смотреть подпункт 2) пункта 38 настоящего Стандарта) *		
1	Функционирует система раннего выявления пожара, в наличии исправные средства для пожаротушения, которые регулярно инспектируются и при необходимости обновляются	II
2	Инспекция, тестирование и поддержание средств и систем для раннего выявления и тушения пожара документируются **	I
3	Для безопасной эвакуации из здания при пожаре и других чрезвычайных ситуациях пути эвакуации поддерживаются в свободном состоянии. В наличии имеются информационные и указательные знаки (указатели выхода, размещения пожарного инвентаря и гидрантов), схемы эвакуации	II
4	Для ограничения распространения дыма и огня устанавливаются противопожарные двери, используются огнеупорные материалы, минимизируется использование возгораемых материалов	II
5	С персоналом медицинской организации ежегодно проводятся практические учения по действиям при пожаре и задымлении (смотреть подпункт 2) пункта 47 настоящего Стандарта) **	II
42. Другие чрезвычайные ситуации. Внедряется программа по снижению риска прочих чрезвычайных ситуаций (смотреть подпункт 2) пункта 38 настоящего Стандарта) *		
1	Медицинская организация определяет значимые для региона виды чрезвычайных ситуаций в виде оценки рисков с указанием вероятности возникновения, уровня разрушительной силы (последствий) и степени готовности организации к значимым для региона видам чрезвычайных ситуаций **	III
2	На основе оценки рисков по чрезвычайным ситуациям в годовом плане мероприятий определяются приоритетные направления работы **	III
3	Выделяются ресурсы для улучшения готовности организации к чрезвычайным ситуациям	III
4	В медицинской организации ежегодно проходят практические учения персонала по принимаемым действиям при чрезвычайных ситуациях: оказание экстренной медицинской помощи, готовность использования альтернативных источников воды и электричества, проверка готовности системы оповещения, (смотреть подпункт 3) пункта 46 настоящего Стандарта) **	III
5	По окончании практического обучения по действиям при чрезвычайных ситуациях, проводится анализ результатов проведенного обучения с разработкой плана мероприятий по улучшению несоответствий и поддержке непрерывного улучшения **	II
43. Опасные материалы и отходы. Обращение с опасными материалами и отходами осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан, и обеспечивается безопасность людей и окружающей среды***		
1	Определяется список всех опасных материалов и отходов (включая огнеопасные материалы) медицинской организации с указанием названий (состава), мер предосторожности и мер первой помощи при аварийных ситуациях, мест хранения, максимально допустимого объема хранения и применимых для маркировки предупреждающих знаков (смотреть пункт 33 настоящего Стандарта)	II
2	Прописываются требования к обращению с опасными материалами, включая их маркировку, хранение, ношение защитных средств при работе, транспортировке, утилизации *	II
3	Все опасные материалы и отходы маркируются с указанием названия (состава), срока годности и применимых предупреждающих знаков	II
4	В местах применения опасных материалов имеется доступная информация по мерам предосторожности и алгоритмам оказания первой медицинской помощи	I
5	Медицинский персонал обучается действиям при разлиии опасного материала, включая быстрый сбор (обеззараживание) и сообщение об инциденте ответственным должностным лицам	I

44. Медицинское оборудование. Безопасность медицинского оборудования обеспечивается путем тестирования, калибровки, поддержания в рабочем состоянии и обучения персонала		
1	Внедряется программа по обеспечению безопасности медицинского оборудования (смотреть подпункт 2) пункта 38 настоящего Стандарта) *	III
2	Определяется список и ведется учет всего медицинского оборудования	III
3	Проводится и документируется профилактическое обслуживание, тестирование, калибровка, поддержание, ремонт медицинского оборудования: профилактическое обслуживание каждой единицы оборудования проводится с частотой согласно инструкции производителя или чаще; частота профилактического обслуживания прописана в документах медицинской организации; график профилактического обслуживания оборудования составляется ежегодно**	I
4	Проводится обучение персонала безопасной работе с медицинским оборудованием в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации. Обученный и компетентный персонал допускается к работе с медицинским оборудованием *	III
5	Внедряется система оповещения пользователей и принятия мер при отзыве, поломке и прочих случаях, связанных с медицинским оборудованием (например, риск возгорания) *	I
45. Коммунальные системы. Коммунальные и инженерные системы в медицинской организации соответствуют требованиям законодательства Республики Казахстан ***		
1	Руководством медицинской организации определяется порядок и частота инспекций, тестирования и поддержания коммунальных и инженерных систем *	III
2	Функционирование коммунальных и инженерных систем контролируется, поддерживается и улучшается	III
3	Проводится мониторинг системы вентиляции с документированием результатов проведенного мониторинга	III
4	Для предупреждения пылевого загрязнения в системе вентиляции устанавливаются фильтры, которые меняются с частотой согласно рекомендации производителя	III
5	Коммунальные и инженерные системы маркируются для облегчения частичного или полного отключения при чрезвычайных ситуациях	I
46. Вода и электричество. В медицинской организации обеспечивается непрерывный доступ к воде и электричеству, включая их альтернативные источники		
1	В медицинской организации питьевая вода и электричество являются доступными круглосуточно в любое время года	III
2	В медицинской организации определяются зоны и услуги, для которых наиболее важно водоснабжение и электроснабжение из альтернативных источников **	III
3	Альтернативные источники водоснабжения тестируются ежеквартально **	II
4	Альтернативные источники электроснабжения тестируются ежеквартально, имеется необходимый запас топлива для выработки электричества из альтернативного источника **	III
5	Система очистки воды, используемая в отделении (центре) диализа, соответствует стандарту организации оказания нефрологической помощи населению Республики Казахстан ***	II
47. Обучение персонала по безопасности зданий. Проводится обучение, тестирование знаний персонала медицинской организации для поддержания безопасности зданий и окружающей среды		
1	Персонал обучается правилам обращения с опасными материалами (смотреть подпункт 1) пункта 43 настоящего Стандарта)	II
2	Персонал обучается действиям при пожаре, включая сообщение о пожаре, навыкам применения огнетушителей и эвакуации пациентов	II

3	Персонал обучается работе с оборудованием и коммунальными (инженерными) системами, включая действия при чрезвычайных ситуациях (смотреть подпункт 4) пункта 44 настоящего Стандарта)	II
4	Штатный и внештатный персонал, студенты, слушатели резидентуры, лица, обучающиеся на базе медицинской организации, арендаторы помещений, волонтеры и посетители обучаются правилам безопасности при нахождении в здании и на территории медицинской организации	III
5	Ежегодно, в соответствии с утвержденными руководством медицинской организации процедурами, проводится тестирование знаний персонала по правилам безопасности при нахождении в здании и на территории медицинской организации	I
Параграф 3. Безопасность лекарственных средств и изделий медицинского назначения		
48. Управление лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения. В медицинской организации обеспечивается безопасное обращение с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в организации		
1	Обращение с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
2	Ежегодно проводится анализ системы управления оборотом лекарственных средств и изделий медицинского назначения, включающий: планирование и закуп; хранение; врачебные назначения; приготовление или разведение; введение лекарственных средств пациенту; мониторинг лечебного эффекта **	II
3	Проводится анализ системы управления лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, включающий оценку рисков (выявление проблем или зон высокого риска, связанных с использованием лекарственных средств) **	II
4	Разрабатываются и внедряются процедуры, описывающие каждый этап управления лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения: планирование и закуп; хранение; врачебные назначения; приготовление или разведение; введение лекарственных средств пациенту; мониторинг эффекта лекарственных средств *	I
5	Создается и функционирует формулярная комиссия, рассматривающая вопросы управления лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, включая утверждение формулярного списка **	I
49. Хранение лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Лекарственные средства и изделия медицинского назначения хранятся безопасно и надлежащим образом		
1	Все лекарственные средства и изделия медицинского назначения хранятся с указанием названия (содержания), срока годности в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан **	II
2	Лекарственные средства и изделия медицинского назначения хранятся с соблюдением температурного режима, влажности и прочих условий, в соответствии с требованиями к их хранению	II
3	Наркотические и другие лекарственные средства, подлежащие строгому учету и контролю, хранятся в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
4	Внутренние правила медицинской организации обеспечивают сохранность лекарственных средств и изделий медицинского назначения от утери и кражи	II
5	Персоналом аптеки / утвержденными должностными лицами проводится контроль всех мест хранения лекарственных средств и изделий медицинского назначения в медицинской организации для обеспечения хранения лекарственных средств в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан **	I
50. Особые случаи обращения с лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и их уничтожение. Прописываются особые случаи обращения с лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и их уничтожение		

1	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется соблюдение порядка выявления и уничтожения лекарственных средств и изделий медицинского назначения с истекшим сроком годности *	I
2	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется соблюдение порядка обращения лекарственных средств и изделий медицинского назначения приобретенных пациентом (личных, принесенных извне) *	I
3	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется порядок обращения с наборами лекарственных средств и изделий медицинского назначения для экстренных случаев (противошоковая укладка, противоэпидемическая укладка, реанимационный набор), включая их защиту от кражи и потери, своевременную проверку готовности набора и восполнение содержимого *	I
4	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется порядок отзыва лекарственных средств и изделий медицинского назначения в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации *	I
5	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется порядок обращения с радиофармацевтическими и другими опасными лекарственными средствами *	I
51. Назначение лекарственных средств. Прописывается процесс назначения лекарственных средств и проверки назначений лекарственных средств		
1	Утверждены требования к назначению лекарственных средств, включая заполнение обязательной информации в листе назначений или рецепте: идентификация пациента; название лекарственных средств (международное непатентованное или торговое наименование); доза; путь введения; кратность; длительность курса *	I
2	В медицинской организации разработана и утверждена руководством организации процедура контроля правильности заполнения листов врачебных назначений или рецептов *	I
3	Разрабатываются и утверждаются руководством медицинской организации процедуры применяемые при устном назначении лекарственных средств в экстренных ситуациях *	I
4	Проводится проверка назначений лекарственных средств в текущих медицинских картах для выяснения обоснованности и полноты назначения	I
5	Проводится выборочный клинический аудит листов врачебных назначений в текущих и закрытых медицинских картах на предмет соблюдения процедур организации и безопасности пациента **	I
52. Приготовление лекарственных средств. Лекарственные средства готовятся в безопасной и чистой обстановке		
1	Лекарственные средства готовятся (разводятся, фасуются) в чистой и безопасной рабочей зоне с необходимым оборудованием и изделиями	I
2	Медицинский персонал, готовящий стерильные лекарственные средства обучаются принципам приготовления лекарственных средств и методам асептики **	I
3	Каждое лекарственное средство введенное пациенту и принятое пациентом документируется в листе назначений (или ином документе) с указанием времени и автора записи **	I
4	Безопасное введение лекарственных средств обеспечивается проверкой правильности пяти пунктов: тот ли это пациент, лекарственное средство, доза, путь введения, время и частота приема	I
5	Прописывается процесс самостоятельного введения пациентом лекарственных средств (ингалятор или инсулиновая ручка) *	III
53. Мониторинг и обучение обращения с лекарственными средствами. Проводится мониторинг эффекта лекарственных средств и периодическое обучение пациентов и персонала в зависимости от потребности		
1	Разрабатываются и утверждаются руководством медицинской организации процедуры по проведению мониторинга эффекта лекарственных средств и побочных эффектов **	I
2	Проводится обучение пациента по вопросам приема лекарственных средств, включая обучение по рекомендуемым лекарственным средствам после выписки **	I

3	В медицинской организации внедрен процесс выявления, сообщения и анализа потенциальных ошибок и ошибок (смотреть подпункт 3) пункта 6 настоящего Стандарта)	I
4	Для врачей и прочего персонала, вовлеченных в обращение с лекарственными средствами, имеется в доступе справочная информация по лекарственным средствам	I
5	В медицинской организации врачи, медицинские сестры и прочий персонал, вовлеченные в обращение с лекарственными средствами, обучаются по вопросам обращения с лекарственными средствами в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации **	I
54. Контроль антибиотиков. Медицинская организация внедряет программу по контролю антибиотиков		
1	Программа (руководство) по контролю антибиотиков включает список антибиотиков, назначение которых ограничено, а также описывает показания к применению резервных антибиотиков *	I
2	Программа или руководство по контролю антибиотиков разрабатывается коллективно (с участием врачей и (или) клинического фармаколога, специалистов по инфекционному контролю, микробиологии) в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации	I
3	Врачи и другие пользователи обучаются требованиям программы или руководства по контролю антибиотиков	I
4	Медицинские карты регулярно просматриваются на предмет выполнения программы или руководства по контролю антибиотиков	I
5	Выполнение программы или руководства по контролю антибиотиков контролируется через индикаторы, используемые для улучшения качества медицинской помощи **	I

Глава 4. Лечение и уход за пациентом

Параграф 1. Безопасность пациента		
55. Идентификация пациента. Безопасность пациента повышается через процесс идентификации пациента		
1	Руководством медицинской организации утверждается стандартная операционная процедура (далее – СОП) идентификации пациента, описывающая процесс идентификации пациента с применением не менее двух идентификаторов пациента *	I
2	Пациент идентифицируется в соответствии с СОП перед каждой процедурой, операцией, инъекцией, приемом лекарственного средства, взятием биоматериала и других ситуациях	I
3	Идентификация пациента облегчается путем использования идентификационного браслета с двумя идентификаторами, либо через другие альтернативные способы идентификации пациента утвержденные руководством медицинской организации	I
4	Идентификаторы пациента присутствуют во всех формах медицинских карт и на всех контейнерах с биоматериалом пациента	I
5	Процесс идентификации пациента контролируется через индикаторы, которые применяются для повышения безопасности пациента. Индикаторы выбираются в зависимости от используемых способов идентификации пациента **	I
56. Эффективная передача информации. Безопасность пациентов повышается через стандартизированный процесс передачи устной и (или) телефонной информации		
1	Разрабатываются и внедряются СОП приема и передачи информации устно и (или) по телефону, где прописано, что получатель информации записывает и прочитывает сообщение вслух, сообщающее лицо подтверждает правильность сообщения	I
2	Сообщения о критических результатах лабораторных и диагностических исследований, устные назначения лекарственных средств пациенту передаются согласно СОП приема и передачи информации устно и (или) по телефону *	I

3	Медицинская организация устанавливает список критических значений для всех лабораторных и) диагностических исследований (оказываемых медицинской организацией или переданных в аутсорсинг)	I
4	Разрабатываются и внедряются СОП по передаче информации между медицинскими работниками) при передаче ухода за пациентом, пациентами, лицами, осуществляющими уход за пациентом	I
5	Процесс передачи устной и (или) телефонной информации при сообщении критических результатов лабораторных и диагностических исследований и процесс передачи пациента между организациями) и службами мониторируется через индикатор (-ы), которые применяются для повышения безопасности пациента *	I
57. Лекарственные средств высокого риска (лекарственные средства обладающих высоким риском развития побочного действия и нанесения значительного вреда здоровью пациента, а также лекарственные средства схожие с наименованиями либо упаковками других лекарственных средств). Безопасность пациентов повышается за счет стандартизированной маркировки и безопасного обращения с лекарственными средствами высокого риска		
1	Разрабатывается СОП, описывающая обращение с лекарственными средствами высокого риска * Процедура в к л ю ч а е т : маркировку лекарственных средств высокого риска; хранение лекарственных средств высокого риска; назначение и применение – если есть особенности; список лекарственных средств высокого риска; обучение персонала	I
2	Разрабатывается СОП, описывающая обращение с концентрированными электролитами * Процедура в к л ю ч а е т : маркировку концентрированных электролитов; хранение концентрированных электролитов – запрет на хранение в местах редкого использования,) хранения только в местах клинической необходимости; назначение и применение – если есть особенности; список концентрированных электролитов; обучение персонала	I
3	Разрабатывается СОП, описывающая обращение с лекарственными средствами со схожим названием и схожей упаковкой . Процедура в к л ю ч а е т : маркировку лекарственных средств со схожим названием и схожей упаковкой; запрет на хранение лекарственных средств на одной полке или рядом, если у них созвучны названия) и л и с х о ж и й в н е ш н и й в и д ; назначение и применение – если есть особенности; список лекарственных средств со схожим названием и схожей упаковкой; обучение персонала *	I
4	СОП, описывающие обращение с лекарственными средствами высокого риска, с концентрированными электролитами, с лекарственными средствами со схожим названием и схожей) упаковкой выполняются во всей организации	I
5	Обращение с концентрированными электролитами, лекарственными средствами высокого риска и лекарственными средствами со схожим названием, и схожей упаковкой мониторируются через) индикаторы, которые применяются для повышения безопасности пациента **	I
58. Хирургическая безопасность: правильный участок тела, правильная процедура и правильный пациент. Безопасность пациентов повышается за счет стандартизированной предоперационной верификации (подтверждение соответствия пациента планируемой инвазивной процедуре) и тайм-аута (проверка готовности медицинского персонала к операции или инвазивной процедуре высокого риска), чтобы обеспечить правильную процедуру на правильном участке тела правильному пациенту		
В медицинской организации разрабатываются СОПы, описывающие процесс маркировки места операции и (или) инвазивной процедуры высокого риска, а также процедуры предоперационной		

1)	верификации и тайм-аута для обеспечения правильного участка тела, правильной процедуры и операции и идентификации пациента *	I
2)	Участок тела маркируется перед операцией и инвазивной процедурой высокого риска в виде единого знака, утвержденного в медицинской организации, врачом, который будет выполнять операцию (процедуру)	I
3)	В соответствии с процедурами и формой, утвержденными руководством медицинской организации осуществляется предоперационная верификация, включающая проверку процессов: подтверждение пациентом своих идентификаторов (полное имя, дата рождения); подтверждение пациентом информированного согласия на осуществление оперативного вмешательства или процедуру высокого риска; подтверждение пациентом участка оперативного вмешательства (сторона и участок тела и (или) о р г а н) ; маркировка места операции; наличие или отсутствие аллергии у пациента; проблемы дыхательных путей у пациента	I
4)	Вся хирургическая команда участвует в процедуре тайм-аута, включающего следующие этапы: идентификация пациента; подтверждение названия оперативного вмешательства или инвазивной процедуры; подтверждение участка и стороны оперативного вмешательства или инвазивной процедуры; готовность хирургической бригады к операции. Тайм-аут документируется в медицинской карте	I
5)	Выполнение предоперационной верификации и процедуры тайм-аута контролируются через индикаторы, которые применяются для повышения безопасности пациента **	I
59. Снизить риск инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи через обработку рук. Безопасность пациентов повышается за счет комплексной программы обработки рук для предотвращения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи		
1)	Разрабатываются основанные на доказательной базе (литературе) процедуры, описывающие виды и этапы мытья рук (обработки рук), а также показания для обработки рук *	I
2)	Процедуры по обработке рук выполняются по всей медицинской организации	I
3)	Ресурсы для выполнения процедур обработки рук представлены в необходимом объеме	I
4)	Медицинский персонал обучаются видам, этапам и показаниям обработки рук **	I
5)	Практика обработки рук контролируются через индикатор (-ы), которые применяются для повышения безопасности пациента **	I
60. Снизить риск вреда вследствие падений пациента. Безопасность повышается за счет первичной и повторной оценки риска падения у пациентов группы риска, а также за счет профилактических мероприятий и безопасной окружающей среды		
1)	Разрабатывается СОП профилактики падений, которая направлена на предотвращение падений и травм от падений. Персонал медицинской организации обучается данным СОП *	I
2)	Процедуры по профилактике падений имеют четкие требования к оценке риска падения	I
3)	Оценка и переоценка риска падения выполняются, когда это требуется и своевременно документируются в медицинской карте **	I
4)	Выполняются действия по профилактике падений, включая сопровождение пациентов с высоким риском падения и другие действия, определенные в правилах медицинской организации	I
5)	Профилактика падений и число падений контролируются через индикатор (-ы), которые применяются для повышения безопасности пациента **	I

Параграф 2. Права пациента		
61. Доступ к медицинской помощи для лиц с ограниченными возможностями. Доступ к медицинской помощи облегчается для лиц с ограниченными возможностями		
1)	Вход в здание имеет пути, доступные для инвалидов колясок, поручни и перила	II
2)	Для лиц с ограниченными возможностями являются доступными инвалидные кресла, костыли, трости	II
3)	Разрабатываются и утверждаются руководством медицинской организации процедуры по обеспечению сопровождения лиц с ограниченными возможностями	I
4)	Туалеты для пациентов с ограниченными возможностями, палаты дневного стационара и другие места, определенные руководством медицинской организации, имеют кнопки вызова или другие средства вызова помощи со стороны медицинского персонала	I
5)	Вход и коридоры здания оборудованы поручнями и перилами	I
62. Процедуры по правам пациента. Медицинская организация разрабатывает и внедряет процедуры, направленные на соблюдение прав пациента в соответствии с законодательством Республики Казахстан **		
1)	Медицинская организация разрабатывает и внедряет процедуры, направленные на соблюдение прав пациента и включает в этот процесс пациентов и их законных представителей **	I
2)	Информация о правах пациента и их законных представителях размещена на государственном и русском языках в соответствии с законодательством Республики Казахстан **	II
3)	Пациенты информируются о своих правах и солидарной ответственности за свое здоровье, которая включает информирование врача о предыдущих заболеваниях, лечении, обследованиях, а также необходимость следования рекомендациям медицинского персонала	II
4)	Медицинская организация соблюдает права пациентов по предоставлению их законным представителям информации относительно их лечения в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации *	I
5)	Весь персонал осведомлен о правах пациента и их законных представителей	II
63. Доступ к получению медицинской помощи. Выявляются и снижаются риски доступности медицинской помощи (возрастные, физические, языковые, культурные и другие ограничения пациентов) и сохранности имущества пациентов		
1)	Здание медицинской организации и прилегающая к ней территория оборудованы необходимыми информационными и указательными знаками	III
2)	При обращении пациентов с коммуникативными проблемами (языковой барьер, глухонемые и т.д.) медицинская организация предпринимает все необходимые меры для обеспечения их надлежащей медицинской помощью	II
3)	Медицинский персонал не ограничивает культурные или духовные предпочтения пациентов и не препятствует пациентам в доступе к духовной помощи	II
4)	Функционирует система охраны и материальной ответственности должностных лиц медицинской организации, обеспечивающих защиту имущества пациентов от кражи и утери	III
5)	Организация выявляет другие ограничения в медицинском уходе и принимает меры по их снижению	II
64. Приватность и конфиденциальность информации. Соблюдаются права пациента на неприкосновенность частной жизни (приватность), конфиденциальность информации, достойное и уважительное отношение к пациенту		
1)	Медицинская организация обеспечивает приватность пациента в процессе лечения и предоставления ухода	I

2)	Конфиденциальность информации о пациенте сохраняется в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан ***	I
3)	Медицинский персонал организации определяет потребности пациентов в приватности и конфиденциальности в процессе лечения и предоставления ухода	II
4)	Медицинский персонал осведомлен о законодательстве Республики Казахстан, регулирующий конфиденциальность информации	I
5)	Медицинский персонал проявляет уважительное отношение к пациенту на всех этапах лечения	II
65. Обращения пациентов и их законных представителей. Обращения пациентов и их законных представителей принимаются и рассматриваются своевременно и объективно		
1)	В организации существует и используется процесс приема обращений от пациентов и их законных представителей относительно нарушения прав пациента **	II
2)	Руководством медицинской организации утверждаются процедуры по процессу сбора, приоритизации и рассмотрения обращений пациентов и их законных представителей в соответствии с законодательством Республики Казахстан *	II
3)	Обращения пациентов и их законных представителей рассматриваются своевременно и объективно в течение периода времени определенного законодательством Республики Казахстан ***	II
4)	Персоналом службы поддержки пациента и контроля качества проводится сбор, обработка, анализ и мониторинг обращений в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации.	I
5)	Результаты анализа обращений используются для повышения качества медицинских услуг организации здравоохранения	II
66. Информированное добровольное согласие пациента на медицинские услуги. Медицинской организацией внедряются процедуры получения общего информированного добровольного согласия пациента на медицинские услуги		
1)	Процесс получения информированного добровольного согласия пациента или их законного представителя определяется в процедурах, утвержденных руководством медицинской организации, в соответствии с законодательством Республики Казахстан *	II
2)	Пациенты медицинской организации осведомлены о процедуре получения добровольного информированного согласия на медицинские услуги в данной медицинской организации	I
3)	Ответственный медицинский персонал обучен процессу получения общего информированного добровольного согласия пациента или их законного представителя на медицинские услуги, используя понятные и доступные для пациента пояснения	II
4)	При ознакомлении с информированным добровольным согласием пациенты или их законные представители информируются об исследованиях, процедурах и лечении, требующих отдельного специального информированного согласия	II
5)	В информированном добровольном согласии пациента или их законного представителя дополнительно оговаривается возможность проведения фото и видеосъемки в целях безопасности или иных целях	I
67. Специальное информированное добровольное согласие пациента. Медицинской организацией внедряются процедуры получения специального информированного добровольного согласия пациента на медицинские услуги перед операцией, анестезией, процедурной седацией, а также при других процедурах высокого риска		
1)	Руководством медицинской организации утверждаются процедуры, описывающие получение специального информированного добровольного согласия пациента и их законных представителей	II
2)	Руководством медицинской организации утверждается список процедур высокого риска, требующих получение специального информированного добровольного согласия пациента в соответствии с законодательством Республики Казахстан. Список разрабатывается совместно врачами и лицами, которые оказывают процедуры и лечение высокого риска *	I

3)	Ответственный медицинский персонал обучены процессу получения специального информированного добровольного согласия пациента или их законных представителей на процедуры высокого риска, используя понятное и доступное изложение	II
4)	Информация специального информированного добровольного согласия пациента или их законных представителей на процедуры и лечение высокого риска соответствует установленным требованиям законодательства Республики Казахстан ***	I
5)	Информированное добровольное согласие пациента оформляется и документируется в медицинской карте перед любой операцией, процедурой высокого риска, анестезией и седацией, перед участием в научном проекте или в экспериментальном лечении и в других ситуациях, определенных медицинской организацией *	I
68. Отказ от лечения. Пациент информирован о праве на отказ от предложенной медицинской помощи		
1)	Руководством медицинской организации утверждена процедура оформления отказа пациента от предложенной медицинской помощи (полностью или частично, от продолжения лечения) в соответствии с законодательством Республики Казахстан *	II
2)	Отказ от медицинской помощи с указанием возможных неблагоприятных последствий для здоровья оформляется записью в медицинских документах и подписывается пациентом либо его законным представителем, а также задействованным медицинским работником в соответствии с утвержденными руководством процедурами медицинской организации *	II
3)	По требованию пациента организация предоставляет информацию о процессе проводимого лечения в полном объеме для возможности получения пациентом второго мнения, согласно утвержденным процедурам медицинской организации *	III
4)	В медицинской организации существует процесс документирования отказа пациента от определенного лечения, части лечения, инвазивной процедуры или от госпитализации	II
5)	Медицинский персонал уважает право пациента отказаться от лечения и информирует его об альтернативных видах лечения, возможных рисках и осложнениях вследствие отказа	I
69. Научные исследования. Участие пациента в научных исследованиях или экспериментальном лечении проводится в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***		
1)	В медицинской организации создается и работает Локальная Этическая Комиссия, которая наблюдает за проведением научных исследований с вовлечением пациента или экспериментального лечения **	I
2)	В процедурах, разработанных медицинской организацией в соответствии с законодательством Республики Казахстан определяются функции Локальной Этической Комиссии, включающие обзор научного исследования, анализ ожидаемых преимуществ и рисков для безопасности пациента и принятие решения о проведении исследования ***	I
3)	Руководством медицинской организации определяется лицо, осуществляющее контроль за проведением и координацией научного исследования с вовлечением пациента (главный исследователь)	III
4)	Перед началом исследования пациентом или его законным представителем подписывается информированное согласие на участие в научном исследовании с указанием идентификации пациента, фамилии и подписи врача, даты, времени, подписи пациента или законного представителя	III
5)	Пациент информируется о ходе исследования и обязанностях пациента, об ожидаемых преимуществах, рисках и дискомфорте, альтернативных видах лечения, праве отказаться от участия в исследовании в любое время без страха предвзятого отношения после отказа	I
70. Контроль образовательного процесса студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации. Медицинская организация осуществляет контроль за обучением студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации в соответствии с утвержденными руководством медицинской организации процедурами		
1)	Руководством медицинской организации разрабатываются процедуры по осуществлению контроля студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации	II

2)	Имеются списки студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации и документы, подтверждающие их учебный статус **	I
3)	Для студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации, определяется уровень самостоятельности в оказании медицинской помощи (что делать под наблюдением, а что самостоятельно) **	I
4)	Медицинская организация определяет ответственных лиц для осуществления контроля образовательного процесса на базе медицинской организации	II
5)	Студенты, слушатели резидентуры, другие лица, обучающиеся на базе медицинской организации, проходят инструктаж с целью обеспечения безопасности пациентов (гигиена рук, применение средств индивидуальной защиты) **	I
Параграф 3. Лечение и уход за пациентом		
71. Прием амбулаторных пациентов. Процесс приема амбулаторных пациентов стандартизован		
1)	В медицинской организации разрабатываются и внедряются процедуры по распределению потоков пациентов при направлении на лечебные, консультативные и диагностические услуги, регистрации пациентов	II
2)	Расположение регистратуры обеспечивает максимальную доступность медицинского персонала (круговое, веерное расположение регистратуры в новых и строящихся зданиях) по принципу "ближе к посетителю"	I
3)	Регистратура оснащается в соответствии с производственными потребностями, обеспечивая непрерывную связь во время работы медицинской организации	I
4)	В медицинской организации проводятся профилактические медицинские осмотры целевых групп населения, скрининговые осмотры	II
5)	В медицинской организации разрабатываются и внедряются процедуры по диспансеризации населения	I
72. Консультация амбулаторных пациентов. Процесс регистрации, осмотра и ведения амбулаторных пациентов стандартизируются		
1)	Внедряются процедуры, описывающие процесс регистрации, осмотра и ведения амбулаторных пациентов *	II
2)	Имеется график приема (консультации) врачей, доступный для пациентов (смотреть подпункт 1) пункта 11 настоящего Стандарта)	III
3)	Врач, осматривающий пациента по основному заболеванию, координирует лечение пациента на амбулаторном этапе	III
4)	При выполнении назначений лекарственных средств в поликлинике, дневном стационаре, процедурных кабинетах соблюдаются единые процедуры медицинской организации по назначению, документации выполненного назначения и мониторингу состояния пациента (смотреть подпункт 4) пункта 48; подпункт 1) пункта 51; подпункты 1), 2), 3), 4), 5) пункта 52 и подпункты 1), 2), 3), 4), 5) пункта 53 настоящего Стандарта)	III
5)	В медицинской карте пациента содержится информация об основных текущих и перенесенных заболеваниях пациента, постоянно принимаемых лекарственных средств, аллергиях, операциях, контактные данные и адрес проживания пациента	I
73. Пациенты группы риска. Медицинская организация определяет пациентов группы риска и процедуры высокого риска (процедуры которые имеют высокую вероятность причинения вреда жизни или здоровью пациента и требуют повышенного внимания со стороны медицинского персонала и пациента)		
1)	Руководством медицинской организации определяются пациенты группы риска, которые по причине своего состояния, возрастных или физических особенностей не способны выражать свое мнение, либо существует риск резкого ухудшения состояния их здоровья за короткий промежуток времени	I

2)	Внедряются процедуры, описывающие особенности осмотра, лечения, ухода, обращения с пациентами группы риска *	II
3)	Форма осмотра пациента по необходимости дополняется информацией, важной для пациентов группы риска (модификация формы осмотра)	III
4)	При выявлении жертв насилия организация контактирует с заинтересованными социальными, правоохранительными органами и иными организациями	III
5)	В медицинской организации утвержден перечень процедур высокой степени риска *	II
74. Приемный покой. Проводится медицинская сортировка пациентов (триаж) и первичный осмотр. Первичный осмотр является информативным для определения потребностей пациента и составления первоначального плана лечения *		
1)	Руководством медицинской организации утверждена процедура медицинской сортировки пациентов *	I
2)	Проводится оценка потребности в дополнительных методах диагностики или привлечении узких специалистов, а также для перевода пациента в соответствующую организацию здравоохранения	II
3)	Первичный осмотр осуществляется ответственными лицами в соответствии с законодательством Республики Казахстан и включает оценку психо-эмоционального статуса пациента	III
4)	Запись первичного осмотра ответственным лицом вносится в медицинскую карту пациента, и являются доступными персоналу, задействованному в лечении и уходе за пациентом	II
5)	Квалифицированные специалисты проводят осмотры на основе их образования, квалификации и навыков, подтвержденных документами	III
75. Документация первичного осмотра. Первичный осмотр проводится квалифицированным лицом и документируется в медицинской карте в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации *		
1)	Первичный осмотр заносится в медицинскую карту пациента в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
2)	Оформление медицинской документации осуществляется в соответствии с утвержденными формами первичного осмотра для всех видов специальностей врачей (и если применимо, для медицинских сестер), которые проводят осмотр пациентов (смотреть подпункт 1) пункта 18 настоящего Стандарта) *	
3)	Первичный осмотр планового стационарного пациента проводится и документируется в течение 8 часов после поступления или раньше, в зависимости от состояния пациента (смотреть подпункт 3) пункта 18 настоящего Стандарта)	II
4)	Первичный осмотр экстренного пациента проводится и документируется в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан и процедурами медицинской организации	I
5)	Первичный осмотр пациентов проводится в соответствии с утвержденными руководством медицинской организации процедурами *	III
76. План лечения и ухода. Индивидуальный план лечения своевременно документируется и включает в себя цели или желаемые результаты лечения *		
1)	План лечения разрабатывается индивидуально на основе первичного осмотра, предыдущих осмотров, результатов обследований	III
2)	В разработку плана лечения вовлекается команда (врач, медицинская сестра и другие специалисты)	III
3)	План лечения по возможности включает цели или желаемые результаты лечения	II
4)	План лечения соответствует требованиям клинических протоколов утвержденных руководством медицинской организации (смотреть пункт 10 настоящего Стандарта)	I

5	Листы назначения соответствуют плану лечения пациента. Пациенту назначаются необходимые консультации специалистов, исследования, лекарственная и иная терапия	II
77. Повторные осмотры пациента. Состояние пациента наблюдается и документируется в динамике		
1	Состояние пациента наблюдается и документируется в динамике с целью оценки достижения целей или желаемых результатов от плана лечения	III
2	Повторные осмотры пациента проводятся регулярно в течение острой фазы заболевания и при хронической неострой фазе заболевания, в соответствии с процедурами медицинской организации в зависимости от состояния пациента *	II
3	План лечения обновляется в зависимости от состояния, диагноза пациента или на основе новой информации и по результатам повторных осмотров	II
4	Повторные осмотры пациента документируются в виде дневниковых записей врача (если применимо, также дневниковых записей медицинской сестры) с указанием состояния пациента в динамике	II
5	При появлении признаков ухудшения состояния пациента принимаются соответствующие меры в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации	II
78. Перевод пациента между отделениями. Перевод пациента в/из отделение/-я реанимации и интенсивной терапии основан на физиологических критериях *		
1	Медицинская организация устанавливает критерии перевода пациента в отделение реанимации или палату интенсивной терапии	II
2	Медицинская организация устанавливает критерии перевода пациента из отделения реанимации или палаты интенсивной терапии в клиническое отделение	II
3	Критерии перевода в/из отделение/-я реанимации или палаты интенсивной терапии основываются на объективных физиологических параметрах	II
4	В разработке критериев перевода принимает участие медицинский персонал отделения реанимации или палаты интенсивной терапии. Медицинский персонал обучается применению критериев в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации **	I
5	Медицинские карты пациентов содержат данные о состоянии пациента, которые соответствуют установленным критериям при переводе в/из отделение/-я реанимации или палаты интенсивной терапии	II
79. Планирование выписки. Планирование выписки осуществляется в процессе лечения *		
1	Планирование выписки начинается с пункта первого контакта пациента с медицинской организацией	II
2	Процесс планирования выписки, в соответствии утвержденными процедурами медицинской организации, осуществляется с участием пациента и (или) их законными представителями. Если есть высокий риск смерти пациента, план лечения учитывает потребности умирающего пациента по купированию боли и прочих симптомов по оказанию социальной, психологической, духовной и культурной помощи; помощь оказывается с уважением и состраданием	II
3	Планирование выписки включает взаимодействие с медицинскими организациями или другими учреждениями в целях содействия непрерывности медицинской помощи	II
4	Планирование выписки учитывает социальные, духовные и культурные потребности пациента. Если есть высокий риск смерти пациента, медицинская организация взаимодействует с другими учреждениями для оказания социальной, психологической, духовной и культурной поддержки пациенту	I
5	Планирование выписки документируется в медицинской карте и обновляется по мере необходимости	II
80. Выписка из медицинской карты стационарного больного (выписной эпикриз). Выписной эпикриз содержит ключевую информацию об оказанной медицинской помощи *		

1)	Готовность пациента к выписке из стационара определяется состоянием пациента и показаниями к выписке	III
2)	Выписной эпикриз содержит причину госпитализации, основной диагноз, сопутствующие заболевания, ключевые данные осмотров, обследований, проведенное лечение, основные принятые лекарственные средства	II
3)	Выписной эпикриз содержит информацию о состоянии пациента на момент выписки и подробные рекомендации по дальнейшему лечению и уходу	II
4)	Копия выписного эпикриза хранится в медицинской карте, другая копия выписного эпикриза выдается пациенту в день выписки из стационара, либо выдается медицинскому работнику, ответственному за дальнейшее лечение пациента, с обязательным ознакомлением пациента с содержанием выписного эпикриза	II
5)	Если пациент покинул медицинскую организацию без предупреждения или против рекомендаций врача, проводится информирование пациента и (или) его законных представителей, или врача по месту жительства о возможных рисках и последствиях	I
81. Перевод и транспортировка пациента. Перевод пациента согласовывается с принимающей организацией и обеспечивается безопасностью транспортировки пациента *		
1)	Перевод пациента в другую медицинскую организацию проводится на основе переводного эпикриза, который содержит причину перевода, проведенное лечение, состояние пациента на момент перевода и дальнейшие рекомендации	III
2)	Транспортировка пациента в другую медицинскую организацию осуществляется после подтверждения ею готовности принять пациента	II
3)	При переводе пациента на медицинском транспорте заполняется транспортировочный лист с указанием состояния пациента во время транспортировки, оказанного лечения, названия принимающей организации и фамилии сопровождающих и принимающих пациента медицинского персонала	II
4)	Санитарный автотранспорт оснащен в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан. Ответственными лицами медицинской организации проводятся регулярные проверки технического состояния санитарных автомашин (если транспорт принадлежит медицинской организации)	II
5)	Пациент сопровождается квалифицированным медицинским персоналом в зависимости от состояния и потребностей пациента	I
82. Организация анестезиологической службы. Услуги по анестезии и седации являются доступными круглосуточно и соответствуют законодательству Республики Казахстан и профессиональным требованиям *		
1)	Руководством медицинской организации определяется квалифицированное ответственное лицо, осуществляющее контроль анестезиологической службы и всех услуг по анестезии и седации. Функции квалифицированного ответственного лица прописываются в должностной инструкции	II
2)	Квалифицированное лицо проводит пред-анестезиологический и пред-седационный осмотр, анестезию или седацию и наблюдает за пациентом во время и после анестезии и седации	I
3)	Оказываемые услуги по седации и анестезии соответствуют клиническим протоколам, утвержденным руководством медицинской организации и основанным на доказательной медицине	II
4)	Осуществляется доступность услуг по седации и анестезии в экстренных ситуациях	I
5)	Оформляется специальное информированное добровольное согласие пациента на анестезию и седацию (пациенту говорится о преимуществах, рисках, возможных осложнениях и альтернативах предлагаемой анестезии или седации) **	II
83. Анестезия. Разрабатываются и внедряются процедуры или руководства по анестезии *		
1)	Перед проведением анестезии анестезиологом проводится и документируется в медицинской карте предварительный осмотр пациента (смотреть подпункт 1) пункта 18 настоящего Стандарта)	II

2)	Перед началом анестезии анестезиологом проводится и документируется преиндукционная оценка состояния пациента	I
3)	Физиологический статус во время анестезии на основе жизненно-важных функций наблюдается и документируется в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации. Примечание: частота документации и жизненно-важные функции, которые должны наблюдаться, зависят от состояния пациента до процедуры, от вида процедуры, от вида анестетика и от профессиональных требований, и четко прописываются в процедурах	II
4)	Пост-анестезиологический статус каждого пациента мониторируется на основе контроля показателей жизненных функций его организма, и в дальнейшем документируется в соответствии с процедурами утвержденными руководством медицинской организации	II
5)	Решение о пробуждении пациента принимается анестезиологом в соответствии с утвержденными руководством медицинской организации процедурами	II
84. Седация. Разрабатываются и внедряются процедуры или руководства по седации *		
1)	Перед проведением седации квалифицированный врач проводит и документирует в медицинской карте предварительный осмотр пациента (смотреть подпункт 1) пункта 18 настоящего Стандарта)	II
2)	В СОП перечисляются все места, где проводится седация для сопровождения болезненных процедур (процедурная седация) *	III
3)	При проведении процедурной седации в наличие имеются лекарственные средства и изделия медицинского назначения для оказания экстренной помощи	II
4)	Процедурная седация осуществляется лицом, владеющим навыками углубленной реанимационной помощи (врач-анестезиолог, либо врач с действующим сертификатом по углубленной сердечно-легочной реанимации)	II
5)	Восстановление после седации определяется на основе критериев пробуждения, которые документируются в медицинской карте	II
85. Услуги реанимации являются доступными по всей организации *		
1)	Круглосуточно на территории медицинской организации являются доступными услуги реанимации	II
2)	Стандартизованный набор лекарственных средств, изделий медицинского назначения и оборудования для оказания базовой сердечно-легочной реанимации поддерживается в постоянной готовности	II
3)	Медицинской организацией внедряются процедуры, описывающие порядок оказания базовой сердечно-легочной реанимации	I
4)	В структурных подразделениях медицинской организации определяются лица, ответственные за проведение базовой сердечно-легочной реанимации	I
5)	Медицинский персонал организации здравоохранения обучается оказанию базовой сердечно-легочной реанимации	I
86. Хирургическое вмешательство. Протокол операции составляется своевременно и подробно *		
1)	До начала операции врачом проводится предоперационный осмотр и документирование его в виде предоперационного эпикриза в медицинской карте	II
2)	В предоперационном эпикризе содержатся обоснование или причина операции, предоперационный диагноз, название планируемой операции	II
3)	Оформляется специальное информированное добровольное согласие пациента на хирургическое вмешательство (пациенту говорится о преимуществах, рисках, возможных осложнениях и альтернативах предлагаемого метода лечения) **	II
4)	В течение трех часов после окончания операции, до того, как пациент покинет зону пробуждения, составляется и документируется протокол операции	II
5)	Протокол операции оформляется в соответствии с утвержденными руководством процедурами медицинской организации	I

87. Послеоперационный план лечения и ухода. В медицинской организации составление послеоперационного плана лечения и ухода стандартизируются

1)	Послеоперационный план лечения и ухода составляется врачом совместно с медицинской сестрой и другими задействованными специалистами	II
2)	Послеоперационный план лечения и ухода за пациентом содержит полный перечень лечебных мероприятий, указания по уходу и питанию за данным пациентом	III
3)	Послеоперационный план лечения составляется после операции и доступен для медицинского персонала	II
4)	Послеоперационный план лечения прописан в медицинской карте пациента	II
5)	При изменении состояния или потребностей пациента послеоперационный план лечения и ухода корректируется	II

Параграф 4. Лабораторные услуги и служба крови

88. Организация лабораторной службы. Лабораторные услуги являются доступными для пациентов и соответствуют законодательным актам Республики Казахстан и профессиональным требованиям

1)	Руководством медицинской организации определяется квалифицированное лицо, осуществляющее контроль лабораторных услуг, оказываемых пациентам медицинской организации, в том числе оказываемых субподрядными организациями по договору	II
2)	Квалифицированными лицами проводятся и интерпретируются лабораторные исследования	I
3)	Оказываемые лабораторные услуги соответствуют законодательству Республики Казахстан ***	II
4)	Определенные лабораторные услуги осуществляются круглосуточно для экстренных ситуаций, возникающих во внерабочее время	II
5)	Лабораторные услуги, оказываемые субподрядными организациями по договору, контролируются через индикаторы или требования, которые прописываются в договоре **	I

89. Временные рамки исследований. Определяются временные рамки на каждый вид лабораторного исследования *

1)	На каждый вид лабораторного исследования определяются временные рамки готовности результата исследования *	II
2)	Результаты лабораторных исследований сообщаются своевременно	II
3)	Ответственным лицом проводится мониторинг своевременности выполнения экстренных лабораторных исследований **	I
4)	На каждый вид лабораторного исследования определяются биологический референтный интервал (границы нормы), которые указаны в бланке с результатом исследования и при необходимости пересматриваются	II
5)	Медицинской организацией определяются критические (значительно отклоненные от нормы) результаты лабораторных исследований, при выявлении которых персонал лаборатории в течение 30 минут информирует врача или пост стационарного отделения (смотреть подпункт 1), 2) и 3) пункта 56 настоящего Стандарта)	II

90. Обращение с биоматериалом пациента. Процессы сбора, идентификации и маркировки, транспортировки, утилизации биоматериала пациента стандартизируются *

1)	Медицинской организацией утверждается и выполняется процесс назначения лабораторного исследования врачом и выписывания направления в лабораторию	II
2)	Медицинской организацией утверждается и выполняется процесс сбора биоматериала, его идентификации и маркировки	II

3	Медицинской организацией утверждается и выполняется процесс безопасной транспортировки, обращения с биоматериалом пациента	I
4	Медицинской организацией утверждается и выполняется процесс приема лабораторией, регистрации, отслеживания и хранения биоматериала пациента	II
5	Вышеуказанные требования выполняются субподрядными организациями, выполняющими лабораторные исследования для пациентов организации	II
91. Лабораторная безопасность. Внедряется и выполняется программа лабораторной безопасности, взаимосвязанная с инфекционным контролем и безопасностью здания *		
1	Медицинский персонал лаборатории защищается от рисков через средства индивидуальной защиты, специальную одежду, защитное оборудование и устройства (очки, ламинарный шкаф)	II
2	Весь персонал лаборатории обучается основам лабораторной безопасности при трудоустройстве, при получении нового оборудования, при изменениях методов работы, после инцидентов связанных с соблюдением лабораторной безопасности **	I
3	В рабочих зонах лаборатории выполняются требования программы лабораторной безопасности по запрету на прием пищи, жидкости, курению, применению косметики, прикосновению к контактными линзам или к губам	II
4	Инциденты, связанные с безопасностью (например, укол иглой, контакт с биоматериалом), сообщаются ответственным лицам и по ним принимаются корректирующие меры, в соответствии с утвержденными процедурами (смотреть подпункт 2) пункта 9; подпункт 5) пункта 26 и подпункт 5) пункта 43 настоящего Стандарта)	II
5	Один раз в год лицо, осуществляющее контроль лабораторных услуг, выступает с отчетом по лабораторной безопасности на заседании Комиссии по безопасности здания	II
92. Контроль качества в лаборатории. Проводится внутренний и внешний контроль качества лабораторных услуг		
1	Медицинской организацией проводится внутренний контроль качества лабораторных услуг через оборудование или вручную путем выборочной перепроверки результатов исследований	II
2	Внутренний контроль качества проводится в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации и не требует документации, если выполняется автоматически на оборудовании	III
3	Проводится внешний контроль качества лабораторных услуг в соответствии с законодательством Республики Казахстан (через референс-лабораторию или выборочную перепроверку биоматериала) ***	II
4	Внешний контроль качества проводится один раз в год и подтверждается документально **	I
5	При неудовлетворительном результате внутреннего или внешнего контроля качества проводятся корректирующие мероприятия в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации	II
93. Лабораторное оборудование. Лабораторное оборудование поддерживается в рабочем состоянии		
1	Лабораторное оборудование тестируется, поддерживается, калибруется, и эти действия документируются (смотреть подпункты 1), 2), 3), 4) и 5) пункта 44 настоящего Стандарта) **	III
2	Лабораторное оборудование обслуживается в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации *	III
3	Весь персонал обучается работе с оборудованием, с которым они работают **	III
4	Если лабораторное оборудование находится вне лаборатории и им пользуется персонал клинических отделений, то они обучаются работе с оборудованием в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации **	II

5	Ежеквартально руководителем или персоналом лаборатории проверяются все единицы лабораторного оборудования, которое находится вне лаборатории **	I
94. Служба (банк) крови. Обращение с кровью и ее компонентами соответствует законодательству Республики Казахстан ***		
1	Утверждается руководством медицинской организации и соблюдается процедура подачи заявки и доставки в организацию крови и ее компонентов. Утверждается руководством медицинской организации и соблюдается процесс хранения резервного объема крови и ее компонентов и движения компонентов крови внутри организации	II
2	Утверждается руководством медицинской организации и соблюдается процесс идентификации пациента, иммуногематологического обследования реципиента и тестирования совместимости при переливании крови и ее компонентов	II
3	Утверждается руководством медицинской организации и соблюдается процесс наблюдения за состоянием пациента после переливания крови и ее компонентов и взаимодействия медицинского персонала при подозрении на неблагоприятные последствия трансфузии	II
4	Персонал медицинской организации обучен правилам оказания трансфузионной помощи пациентам * Персоналом медицинской организации соблюдаются меры по обеспечению безопасности пациента при оказании услуг по трансфузиологии: безопасная окружающая среда при трансфузии; использование оборудования и расходных материалов, предназначенных для обеспечения трансфузионной помощи	II
5	Утверждается руководством медицинской организации, и соблюдаются процедуры предтрансфузионного тестирования при переливании донорской крови и ее компонентов новорожденным. Утверждаются руководством медицинской организации и соблюдаются меры по применению донорской крови и ее компонентов, прошедших специальную обработку для обеспечения дополнительной инфекционной и иммунологической безопасности и (или) индивидуальный подбор	I
Параграф 5. Служба лучевой диагностики		
95. Организация службы лучевой диагностики. Услуги лучевой диагностики удовлетворяют нужды пациентов и соответствуют законодательству Республики Казахстан ***		
1	Руководством медицинской организации определяется квалифицированное лицо, осуществляющее контроль лучевой диагностики, оказываемой пациентам медицинской организации	III
2	Квалифицированные лица проводят и интерпретируют радиологические, ультразвуковые и другие виды исследований лучевой диагностики	III
3	Оказываемые услуги лучевой диагностики соответствуют законодательству Республики Казахстан * **	III
4	Определенные услуги лучевой диагностики являются доступными круглосуточно для экстренных ситуаций, возникающих во внерабочее время (если применимо)	II
5	Услуги лучевой диагностики, оказываемые субподрядными организациями, прописываются в договоре. В соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации данные услуги мониторируются **	I
96. Временные рамки исследований в лучевой диагностике. Определяются временные рамки на каждый вид исследования в лучевой диагностике *		
1	На каждый вид радиологического исследования (рентген, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография) определяются временные рамки (сроки) готовности заключения по обследованию	II
2	В медицинской организации заключение радиологических исследований готовится своевременно	II
3	Проводится мониторинг своевременности выполнения экстренных радиологических исследований	I

4)	Во внерабочее время снимок или диск с радиологическим исследованием выдается дежурному или лечащему врачу без заключения при условии, что врач имеет привилегию по интерпретации исследования	II
5)	Определяются критические (значительно отклоненные от нормы) результаты радиологических исследований, при выявлении которых медицинский персонал информирует врача или ответственных лиц (смотреть подпункты 2) и 3) пункта 56 настоящего Стандарта)	I
97. Радиационная безопасность. Внедряется и выполняется программа радиационной безопасности, взаимосвязанная с инфекционным контролем и безопасностью здания *		
1)	Персонал отделения лучевой диагностики защищается от радиации через ношение рентген-защитной одежды, использование защитных устройств, ношение индивидуальных дозиметров	II
2)	Персонал радиологической службы обучается основам радиационной безопасности при трудоустройстве, получении нового оборудования, изменении методов работы и по мере необходимости в соответствии с утвержденными процедурами **	I
3)	Программа радиационной безопасности включает проверку защитных свойств всей рентген-защитной одежды каждые два года, проверку фона радиации в помещении один раз в год и ежеквартальный контроль индивидуальных дозиметров **	I
4)	Инциденты, связанные с безопасностью или несоблюдением радиационной безопасности, сообщаются и по результатам работы с инцидентами принимаются корректирующие меры (смотреть подпункт 2) пункта 9; подпункт 5) пункта 26 и подпункт 5) пункта 43 настоящего Стандарта)	II
5)	Ежегодно лицо, осуществляющее контроль радиационной безопасности, выступает с отчетом по радиационной безопасности на заседании Комиссии по безопасности здания	II
98. Радиологическое оборудование. Радиологическое оборудование поддерживается в рабочем состоянии		
1)	Все оборудование по лучевой диагностике (рентген, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование и другие) инспектируется, поддерживается и калибруется (смотреть подпункты 1), 2), 3), 4), 5) пункта 44 настоящего Стандарта)	II
2)	Действия по инспектированию, поддержке и калибровке оборудования по лучевой диагностике документируются **	II
3)	Оборудование по лучевой диагностике обслуживается в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации	III
4)	Ведется список всего оборудования по лучевой диагностике	III
5)	Требования к технической спецификации и характеристикам закупаемого оборудования по лучевой диагностике определяются специалистом по лучевой диагностике	II
99. Контроль качества в радиологии. Проводится внутренний и внешний контроль качества радиологических исследований		
1)	Внутренний контроль качества проводится ежедневно и не требует документации, если выполняется автоматически на оборудовании	II
2)	Ежегодно проводится внешний контроль качества путем выборочной перепроверки заключения внешним экспертом ("второе чтение") **	II
3)	Существует список внешних экспертов с контактными данными, к которым может обратиться организация при сомнительном, сложном случае ("второе чтение") **	II
4)	Знания, квалификация внешних экспертов подтверждается документально	II
5)	При неудовлетворительных данных контроля качества принимаются меры по улучшению работы в радиологии	II

Глава 5. Специализированная медицинская помощь

Параграф 1. Стандарты аккредитации оказания медицинской помощи пациентам при инсульте		
100. Административные условия. Медицинская организация осуществляет деятельность в соответствии с разрешительными документами и миссией медицинской организации		
1)	Деятельность медицинской организации лицензирована, имеются все виды необходимых лицензий для оказания медицинской помощи пациентам с инсультом и транзиторной ишемической атакой (далее – ТИА) ***	I
2)	Инсультный центр или отделение острых нарушений мозгового кровообращения являются отдельным подразделением медицинской организации	I
3)	В медицинской организации утвержден перечень медицинских услуг пациентам с инсультом и транзиторной ишемической атакой (с указанием наименования процедур, операций, видов диагностики и лечения), согласно уровню регионализации в соответствии с законодательством Республики Казахстан *	III
4)	Медицинская организация (инсультный центр) обеспечена необходимыми лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в соответствии с утвержденными документами по лечению и уходу за пациентами с инсультом *	I
5)	Медицинская организация (инсультный центр) оснащена необходимым оборудованием в соответствии с утвержденными нормативными документами по лечению и уходу за пациентами с инсультом *	I
101. Организационная структура медицинской организации обеспечивает лечение и уход за пациентами с инсультом *		
1)	В организационной структуре медицинской организации определено наличие инсультного центра или отделения по оказанию неврологической помощи пациентам с инсультами	II
2)	В организационной структуре медицинской организации определено наличие службы анестезии, реанимации и интенсивной терапии, с указанием минимального числа коек	II
3)	В организационной структуре медицинской организации определено наличие экстренного приемного отделения	II
4)	В организационной структуре медицинской организации определено наличие реабилитационной службы или есть доказательства о взаимодействии с организациями, оказывающими реабилитационную помощь	II
5)	Руководством медицинской организации разработаны и утверждены типовые положения о структурных подразделениях, оказывающих неврологическую помощь пациентам	III
102. Преемственность. Соблюдается преемственность оказания медицинской помощи пациентам с инсультом		
1)	Процесс госпитализации пациентов с инсультом основан на утвержденных критериях, в соответствии с законодательством Республики Казахстан и ресурсами организации *	I
2)	Процесс направления, перевода и транспортировки пациентов с инсультом в другие медицинские организации основан на утвержденных критериях, в соответствии с законодательством Республики Казахстан и ресурсами медицинской организации *	I
3)	Определены ответственные лица и их должностные обязанности по госпитализации, направлению, переводу и транспортировке пациентов с инсультом в другие медицинские организации *	II
4)	Утвержден процесс и временные рамки передачи результатов обследований ответственным лицам для принятия решения по госпитализации, направлению и переводу пациентов с инсультом в другие организации *	II
5)	Региональные инсультные центры предоставляют ежемесячные отчеты в Республиканский инсультный центр по госпитализированным и пролеченным пациентам с инсультом **	III

103. Приемное отделение. Процесс госпитализации стандартизирован и соответствует нуждам пациентов с инсультом

1)	Приемное отделение оснащено в соответствии с установленными требованиями законодательства Республики Казахстан. Вход в приемный покой обеспечивает беспрепятственное поступление пациентов с инсультом	II
2)	В медицинской организации внедрена система связи, обеспечивающая экстренное прибытие в приемное отделение инсультной бригады, радиологов, специалистов клинической лабораторной диагностики перед поступлением пациентов с инсультом и (или) ТИА	II
3)	Медицинская сортировка пациентов с инсультами и (или) ТИА проводится в соответствии с утвержденными критериями и правилами, с соблюдением временного диапазона алгоритма оказания экстренной медицинской помощи при инсульте *	I
4)	При проведении нейровизуализации приоритет отдается пациентам с инсультом и ТИА	II
5)	Медицинский персонал приемного отделения руководствуется требованиями законодательства Республики Казахстан, утвержденными в медицинской организации СОП и алгоритмами оказания медицинской помощи пациентам с инсультом *	II

104. Первичный осмотр. Объем первичного осмотра пациента соответствует профессиональным требованиям

1)	Осуществляется сбор неврологического анамнеза и оценка неврологического статуса пациента. Данные первичного осмотра записываются в медицинской карте пациента	I
2)	Проводится оценка жизненно важных функций пациента, согласно требований клинических протоколов лечения пациентов с инсультом. Исходная оценка включает: определение состояния внешнего дыхания и функции легких; выявление ранних признаков дисфагии, с использованием теста оценки глотания; оценка состояния сердечно-сосудистой системы, сопутствующих заболеваний сердца; измерение артериального давления, частоты сердечных сокращений; определение уровня оксигенации с использованием пульсоксиметров	I
3)	Проводится оценка неврологического статуса пациентов с инсультом. Тяжесть инсульта должна быть оценена по шкале NIHSS и шкалы комы Глазго/шкалы комы FOUR * NIHSS "эн ай эйч эс эс" – National Institute of Health Stroke Scale "Нэшиональ институт оф Хэлз Строук Скэйл" (Шкала инсульта Национального института здоровья) FOUR "фоу" – Full Outline of Unresponsiveness "Фул аутлайн оф анреспонсивнес" (Полное описание неактивности)	II
4)	Проводится лабораторное и инструментальное исследование (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковая диагностика головы брахиоцефальных сосудов) согласно требований протоколов лечения *	I
5)	При необходимости оказывается экстренная медицинская помощь согласно требованиям протоколов лечения *	I

105. Интенсивная терапия. Служба анестезии, реанимации и интенсивной терапии соответствует клиническим нуждам пациентов

1)	Персонал службы реанимации укомплектован в соответствии с нормативными требованиями, штатного раписания и организационной структурой медицинской организации *	I
2)	Определены функциональные обязанности и требования к квалификации персонала службы реанимации *	II
3)	Служба реанимации оснащена в соответствии с установленными требованиями (изделия медицинского назначения, лекарственные средства, медицинское оборудование, мебель) в соответствии с профессиональными требованиями и согласно уровня оказываемой медицинской помощи	I

4)	Действия персонала службы реанимации соответствуют профессиональным стандартам, клиническим протоколам	I
5)	При переводе пациентов с инсультом в/из отделение/-я реанимации или палаты интенсивной терапии используются критерии перевода, основанные на объективных физиологических параметрах пациента	II
106. Тромболитическая терапия. Тромболитическая терапия проводится в соответствии с протоколами лечения		
1)	Медицинским персоналом проводится оценка рисков для определения показаний и противопоказаний к тромболитической терапии. Данные оценки рисков заполняются в медицинской карте пациента	I
2)	Медицинским персоналом заполняется форма протокола тромболитической терапии, утвержденная первым руководителем медицинской организации. Тактика тромболитической терапии (системная или селективная) основывается на клинических протоколах лечения *	III
3)	Проводится необходимый объем лабораторных и инструментальных исследований (общий анализ крови с обязательным определением числа тромбоцитов, гематокрита, определение уровня гликемии, активированное частичное тромбопластиновое время и международное нормализованное отношение	II
4)	Установка и мониторинг периферического венозного катетера соответствует требованиям инфекционного контроля	III
5)	Проводится информирование пациента (родственников) о предложенном лечении. Заполняется форма информированного согласия пациента о проведении тромболитической терапии утвержденная руководством медицинской организации	II
107. Основная терапия. Этапы проведения основной терапии стандартизованы		
1)	Проводится мониторинг и коррекция жизненно-важных функций и гомеостаза пациента на постоянной основе	I
2)	Проводится контроль лабораторных показателей и результатов инструментальных исследований пациента при наличии показаний	I
3)	Проводится обеспечение адекватной оксигенации (инсуффляция кислорода, установка воздуховод, искусственная вентиляция легких) пациента	I
4)	Проводится профилактика и лечение осложнений (тромбоэмболия легочной артерии, пневмонии, тромбоэмболии глубоких вен нижних конечностей, пролежней, острых пептических язв (стресс-язв) и эрозий желудочно-кишечный тракт)	I
5)	Проводится лечение осложнений (тромбоэмболия легочной артерии, пневмонии, тромбоэмболии глубоких вен нижних конечностей, пролежней, острых пептических язв (стресс-язв) и эрозий желудочно-кишечный тракт)	I
108. Хирургическое лечение инсульта. Хирургическое лечение инсульта соответствует профессиональным требованиям, утвержденным клиническим протоколам и потребностям пациентов		
1)	Хирургическое лечение проводится по обоснованным показаниям	I
2)	Решение о проведении хирургических вмешательств в остром и подостром периоде проводится коллегиально с участием неврологов, анестезиологов, реаниматологов и хирургов (нейрохирурга и (или) сосудистого хирурга)	I
3)	Хирургическое лечение проводится в соответствии с протоколами диагностики и лечения, утвержденными руководством медицинской организации	I
4)	Информированное согласие пациента или его законных представителей на проведение хирургического лечения оформляется в соответствии с правилами утвержденными руководством медицинской организации	II

5	Этапы проведения хирургического лечения полностью стандартизованы (оформление документации, перевод в другое подразделение и т.д.)	II
109. Лабораторные услуги. Лабораторные услуги доступны для удовлетворения нужд пациентов с инсультом *		
1	Утвержден перечень услуг лабораторной диагностики, доступных пациентам с инсультом, в зависимости от уровня оказываемой медицинской помощи (оказываемые данной организацией или переданные в аутсорсинг)	III
2	Кадровый состав укомплектован квалифицированным персоналом, способным оказать необходимый объем лабораторных услуг, соответствующий требованиям протоколов диагностики и лечения и потребностям пациентов с инсультом	II
3	Экстренные лабораторные услуги доступны круглосуточно для пациентов с инсультом и утверждены временные рамки готовности результатов	I
4	В службе, оказывающей услуги по лабораторной диагностике проводится периодическая проверка, калибровка, поддержание медицинского оборудования, внутренний контроль качества	II
5	Все этапы проведения лабораторных исследований стандартизованы	II
110. Лучевая диагностика. Услуги лучевой диагностики доступны для удовлетворения нужд пациентов с инсультом		
1	Утвержден перечень услуг по лучевой диагностике, доступный пациентам с инсультом, в зависимости от уровня оказываемой медицинской помощи (оказываемые данной организацией или переданные в аутсорсинг) *	II
2	Кадровый состав персонала, оказывающего услуги по лучевой диагностике, соответствует нормативным требованиям и потребностям пациентов	II
3	Экстренные услуги лучевой диагностики доступны круглосуточно для пациентов с инсультом и утверждены временные рамки готовности результатов *	I
4	В службе, оказывающей услуги по лучевой диагностике, внедрена система контроля качества ("вторая читка" результатов, в том числе с привлечением стороннего специалиста (-ов), внутренний контроль качества; проверка, тестирование и поддержание технического состояния медицинского оборудования) **	II
5	Все этапы процедуры проведения лучевой диагностики стандартизованы	II
111. Обучение пациента и семьи. Проводится профилактическая работа с населением и другими медицинскими организациями		
1	В инсультном центре врачи и средний медицинский персонал проводит профилактические беседы с пациентами и их родственниками по уходу за пациентом, лечебной физической культуре, о приемах ранней и поздней реабилитации, правильном питании, борьбе с пролежнями, о приверженности к антигипертензивной терапии	II
2	В инсультном центре еженедельно для пациентов, их родственников или близких проводятся занятия в "Школе инсульта" по вопросам первичной и вторичной профилактики болезней системы кровообращения, обучение восстановлению самообслуживания и бытовых навыков, уходу и реабилитации после инсульта. Проведенные занятия "Школы инсульта" регистрируются в журнале с фотоотчетами **	II
3	Медицинская организация участвует в программах по обучению пациентов и семьи здоровому образу жизни и профилактике заболеваний по данному профилю	III
4	Этапы проведения профилактических мероприятий с пациентами и их семьями стандартизованы *	III
5	Родственники пациентов с инсультом осведомлены о Школе инсульта и (или) других мероприятиях медицинской организации, проводимых в целях обучения и профилактики инсульта	III

112. Терапия пациентов с инсультом в отделении ранней реабилитации		
1)	В инсультном центре развернуто отделение ранней реабилитации, укомплектованное медицинским персоналом в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан	II
2)	Оснащение отделения ранней реабилитации медицинским оборудованием и изделиями медицинского назначения, обеспечение лекарственными средствами соответствует требованиям утвержденных протоколов диагностики и лечения и законодательству Республики Казахстан	II
3)	Сроки проведения ранней нейрореабилитации соответствуют требованиям утвержденных протоколов диагностики и лечения и законодательству Республики Казахстан *	II
4)	Проведение комплексной реабилитационной терапии пациентам с инсультом осуществляется мультидисциплинарной бригадой специалистов. В медицинской карте пациента заполняется форма сестринского ухода, в которой фиксируются выполненные реабилитационные мероприятия средним медицинским персоналом	II
5)	В инсультном центре функционируют кабинеты эрготерапии, логопеда, психотерапевта (психиатра)	II
Параграф 2. Стандарты аккредитации родовспоможения		
113. Административные условия и ресурсы. Медицинская организация создает базовые условия для оказания медицинских услуг по родовспоможению		
1)	Деятельность медицинской организации лицензирована, имеются все виды необходимых лицензий для оказания медицинских услуг по родовспоможению ***	I
2)	Врачебный и средний медицинский персонал оказывающий медицинские услуги по родовспоможению, соответствует квалификационным требованиям должностных инструкций к занимаемым должностям *	I
3)	Медицинская организация обеспечена необходимыми лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в соответствии с требованиями оказания медицинской помощи роженицам / родильницам и новорожденным	I
4)	Медицинская организация оснащена необходимым оборудованием в соответствии с установленными требованиями оказания медицинской помощи роженицам / родильницам и новорожденным	I
5)	Руководство медицинской организации создает необходимые условия для эффективного пребывания и лечения рожениц / родильниц и новорожденных, а также для их свободного и удобного передвижения	I
114. Преемственность. Соблюдается преемственность оказания медицинской помощи		
1)	Процесс госпитализации беременных, рожениц и родильниц основан на утвержденных критериях в соответствии с законодательством Республики Казахстан, условиями медицинской сортировки и ресурсами организации ***	I
2)	Процесс направления, перевода и транспортировки беременных, рожениц и родильниц в другие медицинские организации основан на утвержденных критериях в соответствии с законодательством Республики Казахстан и ресурсами организации ***	I
3)	Определены ответственные лица за процесс госпитализации, направления, перевода и транспортировки беременных, рожениц и родильниц в другие медицинские организации и их должностные обязанности *	II
4)	Внедрен процесс передачи и получения результатов обследований ответственным лицам для принятия решения по госпитализации, направлению, переводу в другие организации	II
5)	Внедрена система связи, позволяющая приемному отделению получать информацию со скорой помощи и экстренно оповещать отделение акушерства	II
115. Медицинская помощь при поступлении		
1)	Разработана и утверждена руководством медицинской организации система и критерии медицинской сортировки для беременных, рожениц и родильниц *	II

2	Начальная оценка включает: сбор анамнеза; анализ антенатальных записей и плана родов; оценка состояния матери и плода; вагинальное исследование при наличии показаний; кардиотокография плода при наличии показаний	II
3	Для исключения преждевременного поступления в родовой блок созданы условия для ожидания развития активной родовой деятельности в дородовых палатах	I
4	В случае выписки домой, пациентке даются рекомендации: по тревожным признакам; признакам начала родовой деятельности	I
5	Для профилактики и лечения преждевременных родов используются технологии и методики с доказанной эффективностью	II
116. Условия в родовой палате		
1	Медицинская организация обеспечивает конфиденциальность оказания медицинских услуг: родовая палата рассчитана на одну роженицу или используются ширмы / занавески в случае, когда в палате находятся более одной роженицы	II
2	С роженицей / родильницей согласуется присутствие в родовой палате любых других людей сверх необходимого персонала **	II
3	Роженица / родильница информируется о целях каждой процедуры и дает информированное добровольное согласие согласно правилам медицинской организации	II
4	Роженица / родильница имеет возможность обсуждать с персоналом любые вопросы, касающиеся их здоровья и оказываемой помощи	II
5	Осуществляется профилактика инфекций, персонал родовой палаты соблюдает требования инфекционного контроля. Имеется свободный доступ к туалету и душу, находящихся в рабочем состоянии и санитарных условиях	I
117. Медицинская помощь при родах		
1	В медицинской организации утверждены руководства, определяющие стандарты помощи во время физиологических и осложненных родов и в послеродовом периоде *	I
2	Определения физиологических и осложненных родов, критерии для перевода на более высокий уровень оказания помощи, известны медицинскому персоналу и применяются на практике **	II
3	Медицинская помощь во время родов оказывается квалифицированными специалистами, имеющими допуск к соответствующей клинической практике (врач – акушер-гинеколог, акушерка) **	I
4	Соблюдается преемственность оказания медицинской помощи между средними медицинскими работниками (акушерками) и врачебным персоналом в случае возникновения осложнений	II
5	Созданы условия для ожидания развития активной родовой деятельности в дородовых палатах. Врачебный осмотр проводится ежедневно и по показаниям	II
118. Поддержка роженицы во время родов		
1	Роженица информируется о возможности присутствия партнера во время родов. Партнер роженицы может присутствовать во время родов для оказания поддержки в родах	II
2	Созданы условия для постоянного присутствия одной акушерки в родовой палате во время родов	I
3	Акушерка / врач, оказывающая помощь во время родов, работает совместно с партнером роженицы, объясняет течение родового процесса, осуществляет психологическую поддержку и дает необходимые рекомендации **	I
4	Роженицам оказывается поддержка в выборе техник релаксации, дыхания, массажа, акупунктуры, гипноза и других методов немедикаментозного обезболивания **	II

5	Перед проведением эпидуральной анальгезии, роженица информируется о рисках и преимуществах эпидуральной анальгезии, а также о ее возможном влиянии на роды	II
119. Использование партограммы		
1	Медицинским персоналом ведется протокол или алгоритм по использованию партограммы, утвержденный руководством медицинской организации *	II
2	Данные осмотра беременной / роженицы своевременно собираются и правильно записываются на партограмму	II
3	Медицинским персоналом проводится анализ партограммы. Информация собирается, записывается и анализируется акушеркой или другим специалистом, оказывающим помощь	I
4	Партограмма находится в родовой палате рядом с кроватью роженицы / родильницы	II
5	Партограмма используется медицинским персоналом для принятия решений о вмешательствах во время родов	II
120. Ведение родов		
1	В первом периоде родов роженицей осуществляется свободный выбор позиции, медицинским персоналом проводятся необходимые исследования (влагалищные) и корректировка плана родов	II
2	Амниотомия в первом периоде родов проводится строго по показаниям	II
3	Во втором периоде родов роженицей осуществляется свободный выбор позиции. Роды, при наличии достаточных площадей стационара, проводят в том же месте, где роженица находилась в первом периоде родов	II
4	Любое давление на живот во время рождения ребенка исключается	I
5	Роженица информируется о сравнительных рисках и преимуществах физиологического и активного методов ведения третьего периода родов и вовлекается в процесс принятия решения *	II
121. Наблюдение за состоянием плода во время родов		
1	Персоналом медицинской организации проводится оценка физиологического состояния плода согласно процедурам, установленным руководством медицинской организации *	II
2	Имеется утвержденный протокол или алгоритм, описывающий порядок использования кардиотокографии, основанный на доказательной медицине *	II
3	Оценка маточной активности и сердечной деятельности плода осуществляется акушеркой. При выявлении отклонений, акушерка информирует дежурного врача/старшего ординатора **	I
4	Медицинский персонал обучен оценке данных кардиотокографии, осведомлен определениям реактивного и ареактивного тестов, нормальной, подозрительной и патологической кардиотокографии в соответствии с имеющимися в организации руководствами по анализу кардиотокографии **	II
5	В случае подтверждения патологического состояния плода экстренное родоразрешение путем кесарева сечения или оперативных вагинальных родов осуществляется в течение первых 30 минут после постановки диагноза	I
122. Помощь новорожденным во время родов и в первые 2 часа после родоразрешения		
1	Проводится оценка новорожденного и первичная помощь в соответствии с процедурами медицинской организации	I
2	Руководством медицинской организации утверждается СОП по проведению реанимации новорожденных. СОП по проведению реанимации новорожденных расположены в родильных залах и выполняется персоналом медицинской организации *	I

3	Персонал медицинской организации способствует раннему грудному вскармливанию новорожденного матерью. Первое прикладывание новорожденного к груди матери осуществляется в течение первого часа. Обеспечивается контакт "кожа к коже"	I
4	Помощь матери и новорожденному в послеродовом периоде, профилактические процедуры осуществляются в соответствии с клиническими протоколами медицинской организации и международными рекомендациями	II
5	Медицинская организация использует систему идентификации личности матери и новорожденного	I
123. Ранний послеродовый период		
1	В послеродовом периоде применяются нестероидные противовоспалительные лекарственные средства для обезболивания	I
2	В послеродовом уходе обеспечивается качественный мониторинг состояния матери и новорожденного. Наблюдение за состоянием матери включает контроль следующих показателей: жизненно важные функции; определение тонуса матки; оценка кровопотери; осмотр промежности при наличии швов; осмотр молочных желез; жалобы	I
3	Профилактика послеродового кровотечения осуществляется в соответствии с утвержденными протоколами и алгоритмами *	I
4	Выписка после нормальных родов осуществляется не ранее чем через 18 часов после родов *	II
5	В выписном эпикризе указываются рекомендации по выявлению симптомов осложнений, гигиены женщины и новорожденного, здоровому питанию, физическим нагрузкам, советам по грудному вскармливанию, психологическим особенностям послеродового периода, планированию семьи	II
124. Обеспечение безопасности кесарева сечения		
1	Кесарево сечение проводится по клиническим показаниям. Руководством медицинской организации утверждается протокол, описывающий действия медицинского персонала при подготовке и проведении кесарева сечения, в том числе экстренного *	I
2	Плановое кесарево сечение проводится после 39 недели беременности	I
3	Операционная, персонал операционного блока и лаборатория всегда готовы к проведению экстренного кесарева сечения	I
4	В медицинской организации имеется достаточный запас крови / препаратов крови. Созданы условия для проведения трансфузии крови / препаратов крови	I
5	Проведение кесарева сечения и ведение родильницы в послеоперационном периоде соответствуют международным рекомендациям *	I
125. Оснащение отделений анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии соответствует клиническим потребностям роженицы / родильницы		
1	Основные клинические тесты (уровень сахара, гемоглобин и гематокрит, тест-полоски на протеинурию) доступны в отделении (-ях) анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии. Результаты анализов доступны незамедлительно	I
2	Основные лекарственные средства для оказания экстренной помощи родильницы / роженицы, а также запасы крови / препаратов крови, доступны и имеются в достаточном количестве в отделении (-ях) анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии	I
	В отделении (-ях) анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии доступны и имеются в достаточном количестве расходные материалы для оказания экстренной помощи родильницы /	

3	роженицы (шприцы и иглы, назогастральные зонды, саморасправляющиеся дыхательные мешки с масками разных размеров, небулайзеры и прокладки)	I
4	Функциональность и исправность дефибрилляторов проверяется и поддерживается на постоянной основе ответственным (-ми) работником (-ми) медицинской организации	I
5	Алгоритм оказания экстренной помощи соответствует международным или профессионально признанным источникам, основанным на доказательной медицине *	I
126. Готовность медицинской организации к оказанию помощи при послеродовом кровотечении (далее – ПРК) *		
1	Персоналом медицинской организации соблюдается протокол профилактики и помощи при ПРК ***	I
2	Внутренний алгоритм действий персонала при ПРК утвержден руководством медицинской организации и соблюдается персоналом *	I
3	Имеется доступ к банку крови. Препараты крови могут быть доставлены без задержки	I
4	В послеродовом периоде объем кровопотери и клинические параметры состояния роженицы строго контролируются, регулярно контролируется тонус матки	II
5	Разработаны и утверждены руководством медицинской организации протокола оказания помощи при ПРК, соответствующие международным или профессионально признанным источникам, основанным на доказательной медицине	I
127. Профилактика и лечение преэклампсии *		
1	Методы профилактики преэклампсии соответствуют международным или профессионально признанным источникам, основанным на доказательной медицине	I
2	Медицинским персоналом проводится правильная диагностика преэклампсии и тяжелой преэклампсии	I
3	Организация помощи при преэклампсии соответствует международным или профессионально признанным источникам	I
4	Решение о времени и методе родоразрешения при диагностированной преэклампсии принимается в соответствии с международными или профессионально признанными источниками	I
5	Уход и лечение женщин с диагностированной преэклампсией в послеродовом периоде соответствуют международным или профессионально признанным источникам	I
128. Оценка прогресса родов и диагностика затяжных родов соответствует международным или профессионально признанным источникам		
1	Персоналом медицинской организации используются инструменты по раннему распознаванию затяжных родов (партограмма с 4-х часовой линией)	II
2	Диагноз и алгоритм ведения затяжных родов согласуются между медицинским персоналом, оказывающим медицинскую помощь **	II
3	В медицинской организации имеется утвержденная форма протокола оценки прогресса родов и диагностики затяжных родов *	II
4	Медицинский персонал обучен правильной диагностике первого периода родов, определению латентной фазы **	II
5	Применение окситоцина при затянувшейся активной фазе соответствует клиническим протоколам, утвержденным руководством медицинской организации и международным рекомендациям *	II
129. В медицинской организации внедрена система ранней диагностики, экспертного консультирования, лечения и перевода при подозрении на сепсис у матери *		
1	Медицинские работники осведомлены о симптомах сепсиса у рожениц, родильниц и новорожденных, а также вероятность быстрого и потенциально смертельного развития тяжелого сепсиса и септического шока **	I

2	Родильницы, обратившиеся в медицинскую организацию в послеродовом периоде,) госпитализируются без задержек. В медицинской карте фиксируются сведения о недавно перенесенных заболеваниях и контактах	I
3	Перед введением первой дозы антибиотика назначается посев крови, производится забор материала) для посева из других возможных очагов инфекции	I
4	При наличии клинических показаний антибиотикотерапия начинается незамедлительно, не) дожидаясь результатов посева	
5	Необходимые диагностические исследования проводятся незамедлительно для идентификации) источника инфекции	I
130. Диагностика и профилактика вертикальной трансмиссии ВИЧ-инфекции от матери плоду *		
1	Все беременные проходят скрининг на ВИЧ-инфекцию)	II
2	Всем беременным с положительным результатом тестирования на ВИЧ в момент родов) рекомендуется короткий курс лечения антиретровирусными препаратами	II
3	Всем беременным с положительным результатом тестирования на ВИЧ в момент родов) рекомендуется родоразрешение путем планового оперативного вмешательства	II
4	Вскармливание новорожденных, родившихся у ВИЧ-позитивных матерей, проводится согласно) СОП, утвержденной руководством медицинской организации *	II
5	Осуществляется адекватное наблюдение ВИЧ-позитивных матерей и их детей)	II
131. Транспортировка беременных, рожениц, родильниц, новорожденных в медицинские организации родовспоможения и детства более высокого уровня		
1	Транспортировка беременных, рожениц и новорожденных между медицинскими организациями) должна проводиться по принципу "на себя" **	II
2	Беременные, роженицы и родильницы перевозятся в специализированном транспорте, оснащенном) системой обогрева, с сопровождением медицинского персонала (врач, акушерка, водитель-санитар) и других привлеченных специалистов в случае необходимости	II
3	Перевозка новорожденных должна осуществляться в специализированном транспорте в) транспортном кузове при наличии аппарата искусственной вентиляции легких и с обязательным сопровождением обученного медицинского персонала (врач-неонатолог, медицинская сестра, водитель-санитар) и других привлеченных специалистов в случае необходимости	II
4	Специализированный транспорт для перевозки беременных, рожениц и родильниц оснащен) необходимыми лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения для оказания экстренной медицинской помощи	I
5	Специализированный транспорт для перевозки беременных, рожениц и родильниц оснащен) необходимым медицинским оборудованием для оказания экстренной медицинской помощи	I
132. Процедуры по грудному вскармливанию. Медицинская организация разрабатывает и внедряет процедуры по охране, поддержке и поощрения практики грудного вскармливания *		
1	В медицинской организации разработаны правила и внедрен процесс по грудному вскармливанию,) соответствующие принципам ВОЗ. * Медицинский персонал информирует беременных женщин и кормящих матерей о преимуществах и методах грудного вскармливания, соответствующих принципам ВОЗ	II
2	Ответственным персоналом проводится обучение матерей по кормлению грудью и сохранению) лактации, даже если матери должны быть отдельны от своих детей **	II
3	Ответственным персоналом медицинской организации в течение одного часа после родов) проводится обучение, как осуществлять контакт "кожа-к-коже", помощь матерям в развитии навыка в распознавании готовности ребенка к грудному вскармливанию	II

4	В медицинской организации имеются необходимые ресурсы и созданы условия для совместного круглосуточного пребывания матери и ребенка в одной палате при физиологических родах	II
5	ВИЧ-инфицированные матери получают консультирование в полном объеме о методах кормления детей раннего возраста, включая информацию о преимуществах и недостатках различных видов вскармливания, и специальные рекомендации по выбору методов кормления, наиболее приемлемых в каждой отдельной ситуации, и с последующей поддержкой матерей в сделанном выборе	II
Параграф 3. Стандарты аккредитации оказания медицинской помощи при остром коронарном синдроме или остром инфаркте миокарда		
133.Административные условия и ресурсы. Медицинская организация создает базовые условия для оказания медицинских услуг по кардиологии (коронарный синдром или острый инфаркт миокарда)		
1	Медицинская организация имеет все виды необходимых лицензий для оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом (далее – ОКС) или острым инфарктом миокарда (далее – ОИМ) ***	I
2	В медицинской организации утвержден перечень медицинских услуг по кардиологии (ОКС или ОИМ) с указанием названия процедур, операций, видов диагностики и лечения, в соответствии с уровнем регионализации *	II
3	Врачебный и средний медицинский персонал, оказывающий медицинские услуги по кардиологии, интервенционной кардиологии и кардиохирургии, соответствует квалификационным требованиям должностной инструкции к занимаемой должности	I
4	Медицинская организация I, II и III уровня обеспечена необходимыми лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в соответствии с требованиями оказания медицинской помощи пациентам с ОКС или ОИМ согласно законодательства Республики Казахстан	I
5	Медицинская организация I, II и III уровня оснащена необходимым оборудованием в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан	I
134. Организационная структура. Организационная структура медицинской организации обеспечивает уход за пациентами с ОКС или ОИМ		
1	В организационной структуре стационара I уровня установлено наличие отделения терапии с кардиологическими койками и палатой интенсивной терапии или кардиологическое отделение с палатой интенсивной терапии. На уровне первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) установлено наличие кабинета кардиолога в соответствии законодательства Республики Казахстан *	I
2	В организационной структуре медицинской организации II и III уровня установлено наличие кардиологического отделения с палатой интенсивной терапии *	I
3	В организационной структуре медицинской организации I, II и III уровня стационара установлено наличие службы реанимации и интенсивной терапии, с указанием минимального числа коек	I
4	В организационной структуре медицинской организации I, II и III уровня стационара установлено наличие экстренного приемного отделения *	II
	В организационной структуре медицинской организации I, II и III уровня установлено наличие службы реабилитации пациентов с	I

5)	ОКС или ОИМ или есть доказательства о взаимодействии с организациями, оказывающими реабилитационную помощь *	
135.Преемственность. Соблюдается преемственность оказания медицинской помощи		
1)	Процесс госпитализации, направления и перевода пациентов в другие медицинские организации осуществляется на основании критериев, установленных медицинской организацией и ресурсов организации *	I
2)	Определяется персонал медицинской организации ответственный за госпитализацию, направление и перевод пациентов в другие организации *	II
3)	Процесс обследования пациентов (лабораторные и инструментальные методы исследования, осмотры специалистов) стандартизирован с учетом уровней оказания медицинской помощи и законодательства Республики Казахстан. Копии протоколов диагностики и лечения и алгоритмов или стандартов операционных процедур доступны персоналу медицинской организации	I
4)	Руководством медицинской организации утвержден процесс и временные рамки передачи результатов обследований ответственному персоналу для принятия решения по госпитализации, направлению и переводу пациентов в другие организации *	II
5)	Руководством медицинской организации утвержден процесс перевода и транспортировки пациентов в другие медицинские организации *	II
136.Амбулаторно-поликлиническая помощь - I уровень. На уровне амбулаторной поликлинической помощи проводится своевременное выявление и лечение кардиологических пациентов		
1)	Проводится первичная медико-санитарная помощь, при необходимости организуется консультативно-диагностическая и экстренная медицинская помощь пациентам, согласно утвержденным протоколам диагностики и лечения ОКС/ОИМ или требованиям законодательства Республики Казахстан	I
2)	Пациентам с ОКС или ОИМ проводится необходимый комплекс диагностических, лабораторных и инструментальных исследований в соответствии с протоколами диагностики и лечения	I
3)	Осуществляется своевременная диспансеризация кардиологических пациентов	I
4)	Проводятся профилактические осмотры и скрининговые исследования населения на болезни системы кровообращения, в том числе ишемическую болезнь сердца, артериальную гипертензию и сахарный диабет	II
5)	Проводятся мероприятия по формированию и пропаганде здорового образа жизни, вовлечению пациентов в процесс управления здоровьем **	II
137.Приемное отделение. Процесс госпитализации пациентов стандартизирован и соответствует нуждам пациента с ОКС/ОИМ		
1)	В медицинских организациях I, II и III внедрена система связи, позволяющая врачу приемного отделения получить информацию от бригады скорой медицинской помощи и экстренно оповестить ответственный медицинский персонал (кардиолога и (или)	II

	интервенционного кардиолога) о поступающем пациенте с ОКС или ОИМ	
2	Проводится медицинская сортировка пациентов в соответствии с утвержденными правилами медицинской организации, соблюдаются временные рамки алгоритма оказания медицинской помощи пациентам с ОКС или ОИМ *	II
3	Медицинский персонал обучен критериям медицинской сортировки пациентов и проводит его документацию в соответствии с правилами медицинской организации **	II
4	Приемное отделение оснащено в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан в зависимости от уровня оказываемой медицинской помощи	II
5	Работа по приему пациентов с ОКС или ОИМ проводится согласно процедурам, утвержденным руководством медицинской организации и в соответствии с законодательством Республики Казахстан *	II
138.Первичный осмотр. Объем первичного осмотра пациента соответствует профессиональным требованиям		
1	Медицинским персоналом осуществляется сбор кардиологического анамнеза и оценка состояния пациента. Данные первичного осмотра зафиксированы в медицинской карте пациента	I
2	Проводится оценка жизненно важных функций пациента согласно требованиям протоколов лечения. Исходная оценка включает: измерение артериального давления, частоты сердечных сокращений; определение состояния органов; оценка состояния сердечно-сосудистой системы, наличие сопутствующих заболеваний сердца и других заболеваний (сахарный диабет, неврологическая патология и др.); определение уровня оксигенации с использованием пульсоксиметрии	I
3	Проводятся лабораторные и инструментальные исследования, согласно требований протоколов диагностики и лечения пациентов с О К С и л и О И М : электрокардиографическое исследование в 12-отведениях; высокочувствительные измерение тропонинов; биохимический анализ крови; эхокардиография (при необходимости)	I
4	Фамилия и подпись врача зафиксирована в форме первичного осмотра пациента	I
5	Время и дата осмотра пациента зафиксировано в форме первичного осмотра пациента	I
139.Интенсивная терапия. Служба анестезии, реанимации и интенсивной терапии соответствует клиническим нуждам пациентов		
1	Медицинский персонал службы анестезии, реанимации и интенсивной терапии укомплектован в соответствии с требованиями штатного расписания и законодательства Республики Казахстан	I
2	Определены функциональные обязанности, требования к квалификации и ответственность персонала службы анестезии, реанимации и интенсивной терапии *	II

3	Служба реанимации и интенсивной терапии оснащена (медицинское оборудование, изделия медицинского назначения, лекарственные средства, мебель, информационное обеспечение) в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан и согласно уровню оказываемой медицинской помощи	I
4	Интенсивная терапия в отделении реанимации и интенсивной терапии соответствует требованиям протоколов диагностики и лечения *	I
5	В медицинской организации утверждены критерии перевода пациентов в/из отделение (-я) интенсивной терапии и реанимации. Оценка состояния пациента на соответствие данным критериям осуществляется врачом-реаниматологом *	II
140.Профилактика тромбоэмболии и тромболитическая терапия. Профилактика тромбоэмболии и (или) тромболитическая терапия проводится в соответствии с протоколами лечения		
1	Медицинским персоналом проводится оценка рисков для определения показаний и противопоказаний к тромболитической терапии. Данные оценки рисков фиксируются в медицинской карте пациента	I
2	Медицинским персоналом заполняется форма протокола тромболитической терапии, утвержденная первым руководителем медицинской организации. Тактика тромболитической терапии основывается на клинических протоколах лечения	I
3	Проводится необходимый объем лабораторных и инструментальных исследований (общий анализ крови с обязательным определением числа тромбоцитов, гематокрита, определение уровня гликемии, активированное частичное тромбопластиновое время и международное нормализованное отношение	I
4	У пациентов с фибрилляцией предсердий и механическими клапанами, принимающих на регулярной основе оральные антикоагулянты для профилактики тромбоэмболических осложнений, проводится обязательный контроль анализа международного нормализованного отношения	I
5	Установка и мониторинг периферического венозного катетера соответствует требованиям инфекционного контроля	II
141.Стационарная медицинская помощь. Стационарная медицинская помощь отвечает потребностям пациентов с ОКС или ОИМ		
1	Пациент с подозрением на ОКС или ОИМ госпитализируется в экстренном порядке	I
2	В медицинских организациях II и III уровня – при угрозе возникновения нарушений жизненно-важных функций госпитализация проводится в блок / отделение реанимации или лабораторию катетеризации согласно требованиям законодательства Республики Казахстан	I
3	В медицинских организациях I, II и III уровня ответственным лицом при затруднении постановки диагноза, неэффективности проводимого лечения, а также при иных показаниях, организуется консилиум в целях установления диагноза и определения более эффективного плана лечения согласно требованиям протоколов диагностики и лечения	I

4	У пациента (или опекуна/члена семьи) берется письменное информированное согласие на проведение процедуры высокого риска	II
5	У пациента (или опекуна/члена семьи) берется письменное информированное согласие на проведение хирургического лечения	II
142. Основное лечение. Этапы проведения основного лечения стандартизированы		
1	Персоналом медицинской организации проводится мониторинг и коррекция жизненно-важных функций и гемостаза пациента на постоянной основе	I
2	Персоналом медицинской организации проводится контроль лабораторных показателей и данных инструментальных исследований пациента при наличии показаний	I
3	Персоналом медицинской организации проводится обеспечение адекватной оксигенации (инсуфляция кислорода, установка воздуховода, искусственная вентиляция легких) пациента	I
4	Персоналом медицинской организации проводится профилактика и лечение осложнений (тромбоэмболия легочной артерии, пневмония, тромбоэмболии глубоких вен нижних конечностей, пролежни, острые пептические язвы и пр.)	I
5	В медицинской организации имеется необходимое оборудование для оказания основного лечения пациенту, согласно требованиям протоколов диагностики и лечения	II
143. Хирургическое лечение пациентов с ОИМ (III уровень). Хирургическое лечение острого инфаркта миокарда соответствует профессиональным требованиям, утвержденным клиническим протоколам и потребностям пациентов		
1	Хирургическое лечение проводится по обоснованным показаниям согласно требованиям протоколов диагностики и лечения и законодательства Республики Казахстан ***	I
2	Решение о проведении хирургических вмешательств в остром (подостром) периоде проводится коллегиально (с участием кардиологов, интервенционных кардиологов, кардиохирургов и анестезиологов, реаниматологов)	I
3	Хирургическое лечение проводится в соответствии с клиническими протоколами медицинской организации, основанными на доказательной медицине *	I
4	Этапы проведения хирургического лечения полностью стандартизированы (оформление документации, перевод в другое подразделение и т.д.) согласно требованиям законодательства Республики Казахстан *	I
5	Информированное согласие пациента или его законных представителей на проведение хирургического лечения оформляется в соответствии с правилами, утвержденными руководством медицинской организации *	II
144. Лабораторные услуги. Лабораторные услуги доступны для удовлетворения нужд пациентов с ОКС / ОИМ		
1	Руководством медицинской организации утвержден перечень услуг лабораторной диагностики, доступных пациентам с ОКС или ОИМ, в зависимости от уровня оказываемой медицинской помощи (оказываемые данной организацией или переданные в аутсорсинг) *	III

2)	Кадровый состав укомплектован квалифицированным персоналом, способным оказать необходимый объем лабораторных услуг, соответствующим требованиям протоколов диагностики и лечения и потребностям пациентов с ОКС или ОИМ	II
3)	Экстренные лабораторные услуги доступны круглосуточно для пациентов с ОКС или ОИМ и утверждены временные рамки готовности результатов *	I
4)	В службе, оказывающей услуги по лабораторной диагностике, проводится периодическая проверка, калибровка, поддержка медицинского оборудования, внутренний контроль качества **	I
5)	Все этапы проведения лабораторных исследований стандартизованы *	I
145.Функциональная и лучевая диагностика. Услуги функциональной и лучевой диагностики доступны для удовлетворения нужд пациентов с ОКС / ОИМ		
1)	Утвержден перечень услуг по функциональной и лучевой диагностике, доступных пациентам с ОКС или ОИМ, в зависимости от уровня оказываемой медицинской помощи (оказываемые данной организацией или переданные в аутсорсинг) *	III
2)	Кадровый состав укомплектован квалифицированным персоналом, способным оказать необходимый объем услуг по функциональной и лучевой диагностике, соответствующим требованиям протоколов диагностики и лечения и потребностям пациентов с ОКС или ОИМ	II
3)	В медицинских организациях II и III уровня экстренные услуги лучевой и функциональной диагностики доступны круглосуточно для пациентов с ОКС или ОИМ и утверждены временные рамки готовности результатов	I
4)	В службе, оказывающей услуги по функциональной и лучевой диагностике, проводится периодическая проверка, калибровка, поддержка медицинского оборудования, внутренний контроль качества **	I
5)	Все этапы проведения функциональной и лучевой диагностики стандартизованы *	I
146.Скорая медицинская помощь (I уровень). На уровне службы скорой медицинской помощи созданы условия для своевременного выявления, оказания первой медицинской помощи и транспортировки пациентов с ОКС/ОИМ		
1)	Санитарный транспорт, перечень медицинского оборудования, обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения соответствуют требованиям оказания неотложной помощи пациентам с ОКС или ОИМ	I
2)	Время доезда службы скорой медицинской помощи от вызова до прибытия на место вызова регламентируется в соответствии с алгоритмами оказания медицинской помощи пациентам с ОКС или ОИМ **	I
3)	Кадровый состав службы скорой медицинской помощи состоит из квалифицированного персонала, способного оказывать необходимый объем неотложной медицинской помощи пациентам с ОКС или ОИМ	I
4)	Медицинский персонал службы скорой медицинской помощи владеет методикой тромболизисной терапии на догоспитальном этапе	I

5)	Медицинский персонал службы скорой медицинской помощи документирует состояние пациента, оказанную медицинскую помощь, и передают эту информацию следующей команде медицинских работников, принимающих пациента	I
147.Профилактическая работа. Проводится профилактическая работа с населением и другими медицинскими организациями **		
1)	ПМСП ежеквартально проводит мероприятия среди населения, направленные на первичную и вторичную профилактику болезней системы кровообращения	III
2)	ПМСП осуществляет деятельность Школы здоровья (школа артериальной гипертонии, сахарного диабета и другие) для пациентов с факторами риска, состоящих на диспансерном учете. Ведется журнал регистрации занятий и участников с фотоотчетами	II
3)	Специалисты медицинских организаций I, II и III уровня проводят профилактические беседы с пациентами и их родственниками по вопросам ухода за пациентом, лечебной физической культуры, приемам ранней и поздней реабилитации, правильному питанию, отказу от вредных привычек приверженности гипотензивной терапии	III
4)	Обучающий и (или) раздаточный материал по вопросам ранней и поздней реабилитации, правильному питанию, отказу от вредных привычек, приверженности гипотензивной терапии доступен пациентам и (или) их представителям	III
5)	Медицинская организация I, II и III уровня участвует в программах по обучению населения здоровому образу жизни и профилактике заболеваний	III
Параграф 4. Стандарты аккредитации оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях		
148.Административные условия и ресурсы. Медицинская организация создает базовые условия для оказания медицинских услуг по онкологии		
1)	Деятельность медицинской организации лицензирована, имеются все виды необходимых лицензий для оказания онкологической помощи пациентам ***	I
2)	В медицинской организации утвержден список оказываемых услуг медицинской организацией по онкологии с учетом уровня оказываемой медицинской помощи *	II
3)	Медицинская организация обеспечена необходимыми лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в соответствии с установленными требованиями оказания медицинской помощи по онкологии и (или) лучевой терапии	I
4)	Медицинская организация обеспечена необходимым оборудованием в соответствии с установленными требованиями оказания медицинской помощи по онкологии и (или) лучевой терапии	I
5)	Руководство создает необходимые условия для эффективного лечения онкологических пациентов	I
149.Преемственность. Соблюдается преемственность оказания медицинской помощи		
1)	Процесс госпитализации, направления, перевода пациентов с онкологией в другие медицинские организации осуществляется на основании критериев, утвержденных медицинской организацией, и в соответствии с потребностями пациента и ресурсами организации *	I
2)	В онкологическом диспансере / центре / отделении определены ответственные лица, осуществляющие взаимосвязь с медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь *	II

3	Углубленное обследование и специализированное лечение пациентов с онкологией, проводится согласно срокам установленным законодательством Республики Казахстан	I
4	Осуществляется взаимосвязь с высокотехнологичными центрами радиационной онкологии и РГП на ПХВ "Казахский научно- исследовательский институт онкологии и радиологии" Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее - КазНИИОР) **	II
5	Процесс обследования пациентов (лабораторные и инструментальные методы исследования, осмотры специалистов) стандартизирован с учетом уровня оказания медицинской помощи	I
150.Профилактическая работа. Проводится профилактическая работа с населением и другими медицинскими организациями **		
1	В медицинской организации проводятся мероприятия, направленные на профилактику онкологических заболеваний	II
2	Медицинская организация информирует население об оказываемых услугах и поддерживает с ним обратную связь	II
3	В медицинской организации имеется утвержденный план проведения профилактической работы среди населения и в других медицинских организациях. Отчетные формы профилактических мероприятий утверждаются руководством медицинской организации *	II
4	В медицинской организации определено ответственное лицо, осуществляющее мониторинг плана проведения профилактической работы	II
5	Медицинская организация участвует в проведении противораковой пропаганды среди населения совместно со службой здорового образа жизни и профилактике заболеваний по данному профилю	II
Раздел 1. Онкологическая помощь на уровне амбулаторно-поликлинической помощи		
151.Онкологический кабинет входит в состав организаций амбулаторно-поликлинической помощи, консультативно-диагностических отделений многопрофильной больницы		
1	Оснащение онкологического кабинета оборудованием и изделиями медицинского назначения осуществляется в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан	II
2	Онкологический кабинет осуществляет деятельность по плану, согласованному с онкологическим диспансером / центром и утвержденному руководителем медицинской организации в соответствии с законодательством Республики Казахстан	II
3	В соответствии с планом мероприятий и графиком обучения в медицинской организации осуществляется обучение персонала, оказывающего первичную медико-санитарную помощь вопросам предупреждения и профилактики онкологических заболеваний **	II
4	В медицинской организации на регулярной основе проводится разбор случаев запущенных онкологических больных (протоколы запущенности онкологических пациентов) с указанием принятых управленческих решений **	II
5	Проводится мониторинг диспансерного наблюдения пациентов, состоящих на учете у онколога, путем анализа информации в информационной системе "Электронный регистр онкологических больных". Проводится мониторинг пациентов, состоящих на диспансерном учете с предраковыми заболеваниями у врачей различных специальностей	II
152.Маммологический кабинет входит в состав организаций амбулаторно-поликлинической помощи, консультативно-диагностических отделений многопрофильной больницы, в соответствие с утвержденными штатными нормативами (при наличии)		
1	Оснащение маммологического кабинета оборудованием и изделиями медицинского назначения осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан	I
2	Врач маммологического кабинета осуществляет консультативную и диагностическую медицинскую помощь пациентам с подозрением на опухолевые образования молочной железы, направление выявленных больных на дообследование и специализированное лечение в онкологический диспансер/ центр	I

3)	Проводится диспансеризация больных с доброкачественными новообразованиями молочной железы	II
4)	Осуществляется координация деятельности персонала медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь по раннему выявлению рака молочной железы (маммографический скрининг, профилактические осмотры, самообследование молочных желез) **	II
5)	Проводятся мероприятия по информированию женского населения о заболеваниях молочной железы и раннему выявлению рака молочной железы (семинары, публикации, обучение, школы здоровья и другие мероприятия) **	II
153.Смотровой женский кабинет входит в состав организаций амбулаторно-поликлинической помощи, консультативно-диагностических отделений многопрофильной больницы, независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности организации		
1)	В организации оборудован смотровой женский кабинет со специальным оборудованием и инструментарием, освещением в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан	I
2)	Заведующий поликлиническим отделением медицинской организации и врач-онколог осуществляют руководство и контроль за деятельностью женского смотрового кабинета, работой и уровнем профессиональной подготовки медицинской сестры. Медицинский персонал смотрового женского кабинета ежемесячно предоставляет онкологу медицинской организации отчеты о своей деятельности, согласованные с администрацией медицинской организации	II
3)	Медицинский персонал смотрового женского кабинета проводит профилактические осмотры женщин в целях раннего выявления хронических, предопухолевых заболеваний и злокачественных новообразований	I
4)	Проводится разъяснительная работа среди женского населения, прикрепленного к поликлинике, с записями в журнале просветительной работы **	II
5)	Осуществляется учет и регистрация проводимых профилактических осмотров и результатов цитологических исследований по установленным формам первичной медицинской документации	II
154.Смотровой мужской кабинет входит в состав организаций амбулаторно-поликлинической помощи, консультативно-диагностических отделений многопрофильной больницы, независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности организации		
1)	В медицинской организации оборудован смотровой мужской кабинет со специальным оборудованием и инструментарием, освещением в соответствии с законодательством Республики Казахстан	I
2)	Заведующий поликлиническим отделением и онколог медицинской организации осуществляют руководство и контроль за деятельностью мужского смотрового кабинета, работой и уровнем профессиональной подготовки медицинской сестры. Медицинский персонал мужского смотрового кабинета ежемесячно предоставляет онкологу медицинской организации отчеты о своей деятельности, согласованные с администрацией медицинской организации	II
3)	Медицинский персонал проводит профилактические осмотры мужчин в целях раннего выявления хронических, предопухолевых заболеваний и злокачественных новообразований	I
4)	Медицинским персоналом проводится разъяснительная работа среди мужского населения, посещающего организацию амбулаторно-поликлинической помощи **	II
5)	Осуществляется учет и регистрация проводимых профилактических осмотров и результатов цитологических исследований по установленным формам первичной медицинской документации	II
155.Проктологический кабинет входит в состав организаций амбулаторно-поликлинической помощи, консультативно-диагностических отделений многопрофильной больницы (при его наличии)		
1)	В организации оборудован проктологический кабинет со специальным оборудованием и инструментарием, освещением в соответствии с законодательством Республики Казахстан	I

2	В городских и районных поликлиниках работа проктологического кабинета осуществляется хирургом хирургического кабинета, имеющим повышение квалификации по вопросам колопроктологии	II
3	Врачом-проктологом осуществляет диагностика и лечение заболеваний толстой кишки по направлению профильных специалистов и организаций ПМСП	I
4	При подозрении на злокачественное новообразование врач-проктолог / хирург направляет пациента в консультативно-диагностический центр к врачу-онкологу	II
5	Учет деятельности проктологического кабинета ведется по утвержденным формам в соответствии с нормативными правовыми актами Республики Казахстан и номенклатурой дел организации	II
156. Кабинет врача общей практики организован для эффективного выявления пациентов с риском онкологического заболевания и осуществления паллиативного и симптоматического лечения		
1	Ведется журнал регистрации пациентов с подозрением на онкологическое заболевание, выявленным на уровне доврачебного и смотрового кабинета **	II
2	Ведется документация по пациентам, состоящим на диспансерном учете с хроническими и предраковыми заболеваниями, журнал диспансеризации, актуализируются база регистра диспансерных больных	II
3	Имеются списки онкологических больных или выгрузка из электронного регистра онкологических больных, проживающих на территории данного участка, с указанием даты их приглашения к онкологу на очередное диспансерное наблюдение. Имеется список пациентов (или выгрузка из электронного регистра онкологических больных), пациентов с IV клинической группой, подлежащих паллиативному и (или) симптоматическому лечению	II
4	Врачи общей практики проходят повышение квалификации по вопросам онконастороженности и ранней диагностики онкологических заболеваний	II
5	В амбулаторных картах имеется в наличии заполненный лист онкоосмотра амбулаторно-поликлинического уровня по форме, утвержденной руководством медицинской организации *	II
157. Скрининг и профилактика онкологических заболеваний		
1	В медицинской организации проводятся профилактические осмотры и скрининг целевой группы на раннее выявление онкопатологии	I
2	В медицинской организации проводится подготовительный этап скрининга: планирование, информирование, приглашение населения на прием **	I
3	Учет и заполнение документации в отделении профилактики и социально-психологической помощи соответствует нормативным правовым актам Республики Казахстан	II
4	Ответственным медицинским персоналом формируется электронная база данных скрининга	II
5	Выполняется план скрининговых исследований по всем видам скринингов	II
Раздел 2. Онкологическая помощь на уровне региональных, городских, областных онкологических диспансеров, центров и онкологических отделений многопрофильных медицинских организаций		
158. Диспансерное отделение онкологического диспансера / онкологического центра		
1	В медицинской организации создана и функционирует мультидисциплинарная группа (далее – МДГ). Для работы МДГ выделен отдельный кабинет, утвержден график ее работы. В амбулаторных и стационарных медицинских картах пациентов имеются протоколы МДГ *	I
2	В медицинской организации функционирует кабинет противоболевой терапии для оказания помощи и консультации больных с хроническим болевым синдромом (при наличии). Средним медицинским персоналом ведется лист "Оценка боли"	I
3	Химио-гормонотерапия пациентов с онкологической патологией на амбулаторном уровне осуществляется в кабинете амбулаторной химиотерапии (далее – КАХ) онкологического диспансера	I

4)	В КАХ ведется строгий учет прихода и расхода противоопухолевых и гормональных препаратов и обслуживаемых пациентов. Для корректировки заявок составляются ежеквартальные отчеты по лекарственным препаратам и пациентам	I
5)	В медицинской организации функционируют кабинеты социального работника и психолога	II
159. Отделение химиотерапии		
1)	Проводятся необходимые курсы химиотерапии и другие специфические методы лечения пациентам с верифицированным диагнозом злокачественного новообразования согласно клиническим протоколам диагностики и лечения	I
2)	Медицинским персоналом осуществляется консультирование и наблюдение пациентов, получающих химиотерапию в смежных подразделениях	I
3)	Медицинским персоналом обеспечивается преемственность в проведении полихимиотерапии пациентам со злокачественными заболеваниями между стационарными подразделениями и кабинетом для амбулаторной химиотерапии онкологического диспансера	I
4)	Руководством медицинской организации утверждены процедуры, описывающие деятельность кабинета для централизованного приготовления цитостатических лекарственных средств или централизованного клинико-фармакологического отдела (при наличии), обеспечивающие безопасность персонала *	III
5)	Таргетная терапия проводится с учетом молекулярно-генетических анализов	I
160. Восстановительное лечение и паллиативная помощь		
1)	Структура отделения восстановительного лечения онкологических пациентов включает в себя: кабинет (зал) для лечебной физкультуры, кабинет массажа, кабинет физиотерапии (возможно в составе отделения физиотерапии медицинской организации), кабинет психотерапии, кабинет физических методов диагностики и лечения	II
2)	Осуществляется дифференциальный подход при выборе методов и средств восстановительного лечения для различных контингентов онкологических больных	I
3)	Проводится комплекс мероприятий по медико-социальной реабилитации пациентов с распространенными формами злокачественных новообразований	I
4)	Оказывается консультативная помощь медицинским организациям ПМСП по организации паллиативной помощи онкологическим пациентам на дому	I
5)	В отделении паллиативной помощи осуществляет деятельность психолог или психотерапевт в соответствии с должностными инструкциями	II
161. Радиологическое отделение (при наличии)		
1)	Уровень технического оснащения отделения лучевой терапии радиотерапевтическими установками, топометрическим и дозиметрическим оборудованием соответствует установленным требованиям санитарных норм и правил Республики Казахстан ***	I
2)	Блок физико-технического обеспечения лучевой терапии входит в состав отделения лучевой терапии (радиологического отделения), или является самостоятельной структурной единицей со штатом медицинских физиков, инженеров, лучевых лаборантов	II
3)	В радиологическом отделении функционируют кабинеты дозиметрии и планирования лучевой терапии	I
4)	В дневном стационаре функционируют радиологические койки	I
5)	Ведение радиологической карты соответствует установленным требованиям (полнота и правильность его заполнения; наличие плана облучения пациента, с идентификацией разработчика и лица проверившего и утвердившего план)	I
162. Цитологическая лаборатория		

1)	Проводится цитологическая диагностика опухолевых и предопухолевых заболеваний	I
2)	Проводятся иммунофенотипические, молекулярно-биологические исследования с использованием клеточного блока (для референс центров)	I
3)	Проводится цитологическое исследование материала, взятого при профилактических, медицинских осмотрах и диспансеризации населения	I
4)	Проводится инструктаж медицинского персонала, участвующего в заборе цитологического материала, по методике получения и доставке материала в лабораторию **	I
5)	Проводится повышение квалификации и обучение на практике (стажировка на рабочем месте) лаборантов медицинской организации по цитологическому исследованию **	I
163. Патоморфологическая лаборатория и (или) молекулярно-генетическая лаборатория		
1)	Иммуногистохимические (далее – ИГХ) и референтно-экспертные исследования биопсийного и операционного материала проводимые на уровне патоморфологических лабораторий и референс-центров онкологических организаций, осуществляются в соответствии с порядком и перечнем, утвержденным нормативными правовыми актами Республики Казахстан, протоколами диагностики и лечения онкологических заболеваний *	I
2)	Медицинской организацией разрабатываются и внедряются правила и алгоритмы взаимодействия с территориально закрепленными онкологическими диспансерами, службами доставки по проведению ИГХ и референтно-экспертных исследований гистологических материалов *	II
3)	Экспертиза ИГХ исследований, проводимых в патоморфологических лабораториях, осуществляется референс-центрами не реже 1 раза в год	III
4)	Обеспечивается автоматизированное проведение гистологических и ИГХ исследований с применением оборудования для проводки, заливки в парафин, использованием сертифицированных реагентов, с соблюдением стандартных процедур	II
5)	Проводятся молекулярно-генетические исследования с использованием полимеразной цепной реакцией и (или) секвенирования нового поколения (NGS) с целью проведения персонализированной терапии (при наличии)	I
164. Специализированный консультативно-диагностический отдел / отделение (СКДО)		
1)	СКДО проводится организационно-методическая работа по внедрению скрининговых программ, направленных на снижение смертности населения от онкологических заболеваний	II
2)	Осуществляется координационная работа с профильными врачами и главными внештатными специалистами по специальностям, участвующими в проведении скрининговых исследований	II
3)	Проводится архивирование скрининговых маммограмм и цитологических микропрепаратов	II
4)	Осуществляется координация планов работы со своевременным предоставлением аналитической информации по скринингу в республиканский СКДО	II
5)	Медицинская организация проводит мероприятия по повышению квалификации врачей СКДО, по планированию и руководству санитарно-просветительной работы в рамках скрининговых программ **	II
Раздел 3. Онкологическая помощь национального уровня: КазНИИОР		
165. Координационная и методическая деятельность		
1)	Проводятся научно-исследовательские, научно-практические и организационно-методические работы в области онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии, ядерной медицины с проведением экспериментальных, клинических и статистических исследований	II
2)	Оказывается организационно-методическая и консультативная помощь организациям здравоохранения по лечебно-диагностическим и организационным вопросам, внедрению новых технологий в области онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии, ядерной медицины	II

3	Координируется деятельность онкологической службы Республики Казахстан: мониторинг и анализ) годовой отчетности региональных, областных, городских онкологических диспансеров и центров	II
4	Проводится совершенствование существующих и разработка новых методов диагностики, лечения,) профилактики злокачественных онкологических заболеваний	II
5	Осуществляется разработка, внедрение, мониторинг скрининговых программ по ранней диагностике) онкологических заболеваний в Республики Казахстан	II
Параграф 5. Стандарты аккредитации оказания травматологической помощи		
166.Административные условия и ресурсы. Медицинская организация создает базовые условия для оказания медицинских услуг по травматологии и ортопедии		
1	Деятельность медицинской организации лицензирована, имеются все виды необходимых лицензий) для оказания травматологической и ортопедической помощи пациентам	I
2	Руководством медицинской организации утвержден перечень травматологических и ортопедических) услуг с учетом уровня оказываемой медицинской помощи	I
3	Медицинская организация обеспечена необходимыми лекарственными средствами и изделиями) медицинского назначения в соответствии с требованиями оказания медицинской помощи по травматологии и ортопедии с учетом уровня оказываемой медицинской помощи	I
4	Медицинская организация обеспечена необходимым оборудованием и инструментарием в) соответствии с требованиями оказания медицинской помощи по травматологии и ортопедии с учетом уровня оказываемой медицинской помощи	I
5	Медицинская организация создает необходимые и безопасные условия пребывания и лечения для) травматологических и ортопедических пациентов	I
167.Организационная структура. Организационная структура медицинской организации обеспечивает травматологическое и ортопедическое лечение пациентов		
1	В организационной структуре медицинской организации определено наличие подразделения,) обеспечивающего оказание травматологической и (или) ортопедической помощи пациентам	I
2	В медицинской организации установлено наличие травматологического пункта, оказывающего) круглосуточный амбулаторный прием пациентов с острой травмой	I
3	Медицинская организация имеет утвержденное положение о подразделении (-ях), оказывающим (-) их) травматологическую и (или) ортопедическую помощь пациентам	I
4	Подразделение, обеспечивающее оказание травматологической и (или) ортопедической помощи) пациентам, укомплектовано кадровым составом согласно штатного расписания медицинской организации и должностных инструкций.	I
5	Медицинская организация назначает руководителя травматологического и (или) ортопедического) подразделения, который соответствует установленным квалификационным требованиям должностной инструкции к занимаемой должности	I
168.Ресурсы. Материально-техническая база медицинской организации соответствует объему и уровню оказания медицинской помощи травматологическим и ортопедическим пациентам		
1	Медицинская организация имеет необходимое и исправное медицинское оборудование, для) оказания качественной и эффективной травматологической и ортопедической помощи пациентам	I
2	Медицинская организация имеет необходимый и исправный инструментарий для оказания) качественной и эффективной травматологической и ортопедической помощи пациентам	I
3	Медицинское оборудование проходит периодическую техническую проверку, калибровку и при) необходимости ремонт	I
4	Медицинская организация ежегодно формирует перечень необходимого медицинского) оборудования, изделий медицинского назначения, инструментария и лекарственных средств для оказания травматологической и (или) ортопедической помощи пациентам, на основании заявок руководителя травматологического и (или) ортопедического подразделения	I

5	Медицинская организация обеспечивает необходимый неснижаемый запас изделий медицинского назначения и лекарственных средств для оказания полноценного объема медицинской помощи при острой травме или заболеваниях опорно-двигательного аппарата	I
6	Медицинская организация планирует и выделяет из бюджета организации необходимые финансовые средства для поддержания и развития травматологической и ортопедической службы	I
169. Прием пациента. Первичный осмотр пациента с травмой или заболеванием опорно-двигательного аппарата соответствует требованиям доступности, своевременности и объему		
1	Медицинская организация обеспечивает: своевременный прием / осмотр пациентов с травмой легкой степени или с обострением хронического заболевания опорно-двигательного аппарата в кабинете травматолога-ортопеда; своевременный прием и осмотр в приемном отделении/покое пациентов с острой травмой при самостоятельном обращении пациентов, при поступлении по линии скорой медицинской помощи, при направлении других медицинских организаций	II
2	При первичном приеме / осмотре пациента с травмой или с заболеванием опорно-двигательного аппарата проводится сбор жалоб и анамнеза жизни, травмы или заболевания, наследственный, аллергологический, объективный и локальный статус с определением предварительного диагноза	II
3	Пациентам с тяжелой травмой проводится оценка жизненно-важных функций, неврологический осмотр, оценка локального статуса пациента с учетом балльного показателя степени анатомических повреждений, оценка степени физиологических нарушений с участием врачей-реаниматологов	II
4	Медицинская организация обеспечивает своевременное проведение лабораторных и инструментальных методов исследований для пациентов с травмой или заболеванием опорно-двигательного аппарата	II
5	Начало и своевременность оказания медицинской помощи пациентам с травмой и (или) с заболеваниями опорно-двигательного аппарата соответствуют требованиям протоколов диагностики и лечения, утвержденных руководством медицинской организации	II
170. Специализированная медицинская помощь. Травматологическая и ортопедическая помощь соответствует требованиям качественного и эффективного оказания медицинской помощи пациентам		
1	Медицинская помощь травматологическим и ортопедическим пациентам оказывается в соответствии протоколами диагностики и лечения, утвержденными руководством медицинской организации с учетом уровня оказания медицинской помощи	II
2	Оформляется специальное информированное добровольное согласие пациента на хирургическое вмешательство (пациент информируется о преимуществах, рисках, возможных осложнениях и альтернативах предлагаемого метода лечения) **	II
3	В медицинской организации проводится анализ (разбор) летальных случаев пациентов с травмой или заболеваниями опорно-двигательного аппарата	II
4	В медицинской организации при затруднении постановки диагноза, неэффективности проводимого лечения, а также при иных показаниях организуется консилиум в целях установления диагноза и определения более эффективного плана лечения согласно требованиям протоколов диагностики и лечения *	II
5	В медицинской организации внедрен принцип "не отказывать в медицинской помощи" при острой травме любого характера независимо от места проживания пациента *	II
171. Ресурсы и план травматологической и ортопедической помощи. Травматологическая и ортопедическая помощь соответствует требованиям качественного и эффективного оказания медицинской помощи пациентам		
1	Медицинский персонал, оказывающий медицинскую помощь пациентам с травмой и заболеваниями опорно-двигательного аппарата, проходит обучение и повышение квалификации на постоянной основе	II

2)	В медицинской организации внедрены технологии и методы лечения травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата, соответствующие профессионально признанным источникам, основанные на доказательной медицине	II
3)	Медицинская организация координирует взаимодействие травматологической службы организации и скорой медицинской помощи, с анализом уровня и качества оказания медицинской помощи при травме на догоспитальном этапе	II
4)	Медицинская организация имеет план готовности к чрезвычайным ситуациям, предусматривающий оказание травматологической помощи, в том числе при массовом поступлении пациентов *	II
5)	Медицинская организация проводит сбор и анализ статистических данных по количеству обратившихся, пролеченных и (или) переведенных, умерших травматологических и ортопедических пациентов с направлением отчетов в вышестоящие органы и организации	II
172. Интенсивная терапия. Служба анестезии, реанимации и интенсивной терапии соответствует клиническим нуждам пациентов		
1)	Персонал службы реанимации укомплектован в соответствии с нормативными требованиями, штатного раписания и организационной структурой медицинской организации *	I
2)	Медицинская организация проводит обучение персонала службы анестезии, реанимации и интенсивной терапии по вопросам оказания интенсивной терапии и анестезии пациентам с травмами, в том числе множественными и сочетанными	I
3)	Служба реанимации оснащена в соответствии с установленными требованиями (изделия медицинского назначения, лекарственные средства, медицинское оборудование, мебель) в соответствии с профессиональными требованиями и согласно уровню оказываемой медицинской помощи	I
4)	В случае поступления в приемное отделение медицинской организации критических пациентов с острой травмой, в том числе множественной и сочетанной травмой, обеспечивается своевременный осмотр врача-реаниматолога	I
5)	В медицинской организации утверждены критерии перевода пациентов в/из отделение(-я) интенсивной терапии и реанимации. Оценка состояния пациента на соответствие данным критериям осуществляется врачом-реаниматологом *	I
173. Операционный блок. Условия операционного блока обеспечивают проведение оперативного лечения пациентов с травмой или заболеваниями опорно-двигательного аппарата		
1)	Медицинская организация имеет утвержденный штат и кадровый состав операционного блока для обеспечения проведения оперативного лечения с учетом уровня оказываемой медицинской помощи. Персонал службы реанимации укомплектован в соответствии с требованиями, штатного раписания и организационной структуры медицинской организации *	I
2)	В медицинской организации функционирует операционный блок, обеспечивающий проведение полноценного и безопасного оперативного вмешательства при травмах или заболеваниях опорно-двигательного аппарата	I
3)	Медицинская организация обеспечивает операционный блок необходимым и исправным оборудованием, инструментарием, изделиями медицинского назначения и расходными материалами для проведения оперативных вмешательств у пациентов с травмой и заболеваниями опорно-двигательного аппарата с учетом уровня оказываемой медицинской помощи	I
4)	Медицинская организация проводит обучение персонала операционного блока по вопросам организации и проведения оперативных вмешательств у пациентов с травмой и заболеваниями опорно-двигательного аппарата	I
5)	В медицинской организации внедрена система идентификации пациента и верификации операционного участка у пациентов с травмой или заболеванием опорно-двигательного аппарата перед непосредственным проведением оперативного вмешательства	I

174. Реабилитационная помощь. Реабилитационная помощь соответствует своевременным и полноценным требованиям по восстановлению и улучшению качества жизни травматологических и ортопедических пациентов

1)	В структуре медицинской организации установлено наличие реабилитационного отделения либо определены койки для проведения реабилитации в составе травматологического и (или) ортопедического отделения	II
2)	Медицинская организация имеет необходимые условия и перечень медицинского оборудования для проведения ранней и (или) поздней реабилитационной помощи травматологическим или ортопедическим пациентам	II
3)	Медицинская организация проводит обучение медицинского персонала по современным технологиям оказания реабилитационной помощи травматологическим и ортопедическим пациентам	II
4)	Медицинская организация обеспечивает индивидуальный комплексный план реабилитации для пациентов с травмой и заболеванием опорно-двигательного аппарата	II
5)	Медицинская организация обеспечивает контроль реализации плана реабилитации и внесение необходимых корректировок для повышения и улучшения качества жизни пациентов	II

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

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

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

Приложение 3
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 июня 2018 года № 325
Приложение 3
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 02 октября 2012 года № 676

Стандарты аккредитации медицинских организаций скорой медицинской помощи и санитарной авиации

Глава 1: Руководство

№	Измеряемые критерии	Ранги
1. Орган управления медицинской организации. Функции Органа управления (Наблюдательный Совет, Совет директоров, учредитель (и)) медицинской организации прописаны в документах		
1)	Структура и функции Органа управления, включая делегированные первому руководителю (-ям) медицинской организации полномочия, прописаны в Уставе (Положении) медицинской организации **	III
2)	Члены Органа управления медицинской организации избираются в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	III

3)	Органом управления утверждены критерии и ежегодно проводится оценка работы первого руководителя (-лей) медицинской организации	III
4)	Медицинская организация ежеквартально предоставляет Органу управления отчеты о результатах основной деятельности, включая сведения об ошибках медицинского персонала, жалобах, случаях смерти и результатах проведенного анализа по упомянутым событиям **	II
5)	Ежегодная оценка работы Органа управления, вышестоящим органом здравоохранения или вышестоящим учредителем, и оценка первого руководителя (-лей) медицинской организации подтверждается документально. Орган управления, являющийся высшим уровнем управления медицинской организации, оценивает свою деятельность в виде ежегодной самооценки **	I
2. Стратегическое и операционное планирование. Руководители медицинской организации планируют услуги согласно потребностям населения		
1)	В документе по стратегическому планированию (стратегия развития или стратегический план) (далее – стратегический план) излагаются миссия, видение, ценности, стратегические цели, задачи и индикаторы исполнения задач **	III
2)	Стратегический план медицинской организации разрабатывается с участием представителей структурных подразделений медицинской организации и согласуется Органом управления **	II
3)	На основании стратегического плана разрабатывается и утверждается годовой план медицинской организации **	II
4)	Руководство ежеквартально проводит мониторинг выполнения мероприятий годового плана организации (планов работы подразделений) и данных по индикаторам **	II
5)	Руководство планирует годовой бюджет и организует обеспечение медицинской организации необходимыми ресурсами для реализации производственных задач **	I
3. Производственное управление. Эффективное управление медицинской организации осуществляется в соответствии с ее миссией и основной деятельностью		
1)	Миссия и видение медицинской организации являются доступными для ее персонала и населения	III
2)	Медицинская организация действует в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан и своевременно реагирует на результаты проверок уполномоченных органов ***	III
3)	Для каждого структурного подразделения утверждается положение о подразделении с описанием основных функций и списком оказываемых услуг *	III
4)	Руководители структурных подразделений отчитываются перед руководством медицинской организации о выполнении поставленных задач и достижении желаемых результатов по индикаторам (смотреть подпункты 1) и 2) пункта 8 настоящего Стандарта) **	II
5)	Руководство медицинской организации проводит системную, плановую работу по предупреждению рисков (смотреть подпункты 1) и 4), 5) пункта 9 настоящего Стандарта)	I
4. Организационная структура. Организационная структура соответствует миссии и деятельности организации		
1)	Организационная структура представляется в виде схемы, утверждается руководством медицинской организации и доводится до сведения персонала организации **	III
2)	В организационной структуре указывается должностное лицо, осуществляющее общее руководство медицинской организацией, и должностное лицо, осуществляющее контроль лечебно-профилактической деятельности	III
3)	В организационной структуре указывается должностное лицо, осуществляющее контроль сестринского ухода, должностное лицо, осуществляющее деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг, и (или) иные руководящие лица для реализации миссии медицинской организации	III

4)	В организационной структуре указывается должностное лицо, осуществляющее контроль эффективного управления финансовыми ресурсами	III
5)	Координация взаимодействия персонала структурных подразделений обеспечиваются положениями о подразделениях (где указаны функции подразделений), должностными инструкциями, правилами и процедурами организации, а также работой соответствующих комиссий медицинской организации	II
5. Этические нормы. Определяются и соблюдаются этические нормы организации		
1)	В медицинской организации определяются этические нормы, которыми она руководствуется в своей деятельности, в том числе при принятии решений и определении правил поведения персонала	III
2)	Этический кодекс медицинской организации разрабатывается с участием представителей структурных подразделений медицинской организации и утверждается руководством *	III
3)	В медицинской организации создана Этическая комиссия для рассмотрения этических вопросов, возникающих при оказании медицинской помощи **	II
4)	В медицинской организации внедрен процесс выявления, своевременного анализа и принятия мер по этическим вопросам (решения о прекращении лечения, отказе в лечении и другие ситуации в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан) ***	I
5)	Персонал медицинской организации проходит обучение по вопросам этических норм в здравоохранении **	II
6. Культура безопасности (не карательная обстановка в коллективе, при которой безопасность пациента ставится выше профессиональной солидарности). Руководство организации внедряет и поддерживает культуру безопасности, поощряет выявление инцидентов и принимает системные меры по улучшению работы		
1)	Руководители и персонал медицинской организации обучены определениям: "культура безопасности", "инцидент", "потенциальная ошибка", "ошибка", "экстремальное событие", а также правилам оповещения и расследования инцидентов **	I
2)	В медицинской организации внедрен процесс обеспечения страхования (гарантирования) профессиональной ответственности медицинских работников, выполняющих процедуры высокого риска (с высоким риском судебных исков) **	I
3)	В медицинской организации определены должностные лица, ответственные за выявление, документирование и мониторинг инцидентов	I
4)	Внедрен процесс регистрации и оповещения об инцидентах в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации *	I
5)	В целях повышения качества услуг руководством медицинской организации принимаются системные действия, направленные на профилактику проблем и снижение рисков **	I
7. Управление качеством. В медицинской организации определяется должностное лицо, осуществляющее деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг, и утверждается программа или план, определяющие основные направления работы по улучшению качества оказания медицинских услуг		
1)	Должностное лицо медицинской организации, осуществляющее деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг, обладает необходимыми навыками и знаниями в области улучшения качества (смотреть подпункт 3) пункта 4 настоящего Стандарта) **	I
2)	Орган управления медицинской организации ежегодно утверждает программу или план мероприятий по непрерывному улучшению качества медицинских услуг и повышения безопасности пациента с участием всех подразделений медицинской организации *	II
3)	В документе по непрерывному улучшению качества медицинских услуг дается определение термина "экстремальное событие"	II
4)	Экстремальное событие подлежит обязательному расследованию и о его результатах информируются руководство медицинской организации, заинтересованный (-ые) пациент (-ы), а	II

	также Орган управления медицинской организации (в квартальном отчете с указанием принятых мер) (смотреть подпункт 4) пункта 1 настоящего Стандарта) **	
5)	Персонал медицинской организации обучается методам (инструментам) улучшения качества и надлежащему использованию статистических данных, полученных в результате мониторинга деятельности медицинской организации (смотреть подпункт 3) пункта 19 настоящего Стандарта)	I
8. Непрерывное повышение качества. В медицинской организации внедряется программа непрерывного повышения качества медицинских услуг и безопасности пациента		
1)	Руководство ежегодно участвует в определении приоритетных индикаторов повышения качества (далее – индикаторы) медицинских услуг и безопасности пациента, как в целом для медицинской организации, так и для отдельных структурных подразделений. Показатели по достижению ключевых индикаторов включаются в квартальные отчеты медицинской организации об основной деятельности (смотреть подпункт 4) пункта 1 и подпункт 4) пункта 2 настоящего Стандарта) **	I
2)	Индикаторы структурных подразделений измеримы: разрабатываются формулы расчета (с определенным числителем и знаменателем, если применимо), определяется желаемые пороговые значения; проводится сбор данных и анализ индикаторов **	I
3)	Проводится клинический аудит медицинской документации согласно утвержденным внутренним процедурам медицинской организации, соответствующим требованиям законодательством Республики Казахстан * Результаты клинического аудита используются при разработке мер по повышению качества медицинских услуг *	* I
4)	Проводится анкетирование удовлетворенности пациентов в соответствии с законодательством Республики Казахстан. Результаты анкетирования учитываются при разработке мер по повышению качества медицинских услуг *	I
5)	На заседаниях соответствующих комиссий проводится разбор клинических случаев, результаты которого применяются для улучшения клинической деятельности	I
9. Управление рисками. В медицинской организации внедряется программа по управлению рисками		
1)	Медицинская организация имеет утвержденную программу по управлению рисками, которая включает следующие элементы: цель и задачи документа; образец реестра рисков и способ оценки рисков; утвержденное должностное лицо, осуществляющее деятельность по управлению рисками; требования по обучению персонала; виды рисков (стратегические, клинические, финансовые и прочие риски); образец плана действий по устранению рисков и требование разработать действие на каждый значительный риск; требование информировать заинтересованные стороны о рисках *	I
2)	Утвержденная программа по управлению рисками реализуется персоналом медицинской организации, который участвует в: выявлении рисков; сообщении о рисках; оценке и определении приоритетности рисков; анализе инцидентов (потенциальных ошибок, ошибок, экстремальных событий); составлении и реализации плана действий	I
3)	Руководители структурных подразделений и персонал медицинской организации осведомлены о возможных неблагоприятных событиях, которые могут возникнуть вследствие клинических, техногенных и организационных особенностей производственных процессов (далее – риски) в своих подразделениях	I

4)	Медицинская организация проводит непрерывную оценку рисков. Источники информации о рисках: инциденты, медицинский персонал, наблюдения, обзор документации, пациенты и их законные представители **	I
5)	Медицинская организация принимает меры по полноценной реализации мероприятий программы управления рисками, снижению или устранению рисков (ежегодно составляется, обновляется и корректируется план действий по снижению рисков) **	I
10. Клинические протоколы. Руководители медицинской организации контролируют применение и внедрение медицинским персоналом клинических протоколов		
1)	Руководством медицинской организации проводится мониторинг внедрения и применения клинических протоколов	III
2)	В медицинской организации определены ответственные лица по мониторингу внедрения и применения клинических протоколов	I
3)	Мероприятия по мониторингу внедрения клинических протоколов осуществляется в рамках плановых мероприятий внутренней экспертизы в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан	III
4)	Проводится клинический аудит путем ретроспективного и (или) текущего анализа медицинских карт на предмет их соответствия требованиям клинических протоколов основанных на доказательной медицине	I
5)	Результаты клинического аудита медицинских карт применяются для обратной связи с медицинским персоналом, обучения персонала и других мероприятий для повышения качества медицинских услуг в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации	I
11. Работа с населением. Медицинская организация вовлекает пациентов, население и персонал в планирование оказания медицинских услуг и способствует доступности оказываемых медицинских услуг для населения		
1)	Медицинская организация информирует население об оказываемых медицинских услугах и условиях (порядке) их получения, а также о любых изменениях в списке оказываемых медицинских услуг и условиях (порядке) их получения **	III
2)	Медицинская организация информирует население о качестве оказываемых медицинских услуг (индикатор "удовлетворенность пациента" и другие) **	III
3)	Медицинская организация постоянно поддерживает обратную связь с населением по оказываемым медицинским услугам через средства коммуникации (веб-сайт, социальные сети, телефон, call-центр)	III
4)	Медицинская организация участвует в программах по обучению населения здоровому образу жизни и профилактике заболеваний **	III
5)	В соответствии с утвержденными процедурами медицинская организация планирует оказание медицинских услуг с учетом потребностей населения	II

Глава 2: Управление ресурсами

12. Управление финансами. Финансовые ресурсы медицинской организации используются эффективно для реализации плановых задач		
1)	Бюджет медицинской организации соответствует поставленным задачам стратегического и операционного (годового) планов работы (смотреть подпункты 2) и 3) пункта 2 настоящего Стандарта)	II
2)	Бюджет организации составляется на основании заявок руководителей подразделений	III
3)	Бюджет позволяет обеспечивать медицинскую организацию необходимыми ресурсами для осуществления деятельности и пересматривается в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации (смотреть подпункт 5) пункта 2 настоящего Стандарта)	III

4	Для экстренного приобретения лекарственных средств и изделий медицинского назначения, отсутствующих в медицинской организации, имеется договор их внепланового закупа **	II
5	Медицинские услуги, осуществляемые на платной основе, оказываются на основании утвержденного прейскуранта цен, доступного населению **	II
13. Финансовый аудит и бухгалтерский учет. Управление финансовыми ресурсами организации проводится в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан		
1	Существует система или процесс внутреннего финансового контроля	II
2	Внешний государственный аудит и внешний аудит медицинской организации проводится в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	III
3	Бухгалтерский учет основывается на достоверной финансовой информации обо всех источниках доходов и расходов, обеспечивает своевременные и точные финансовые отчеты для принятия решений. Бухгалтерский учет ведется с применением признанных автоматизированных программ **	III
4	Прибыли, убытки и расходы на медицинские услуги регулярно отслеживаются в сравнении с бюджетами и предоставляются первому руководителю в виде ежеквартальных финансовых отчетов **	III
5	Бухгалтерские отчеты своевременно направляются в налоговые органы и органы государственной статистики	II
14. Фонд оплаты труда. Оплата труда персонала осуществляется своевременно и с учетом дифференцированного вклада работника в производительность организации		
1	Оплата труда персонала медицинской организации осуществляется на основании утвержденного положения, согласованного с Органом управления (далее – Положение) *	III
2	При оплате труда персонала медицинской организации на основе дифференцированной системы оплаты, в Положении предусмотрены индикаторы для определения производительности труда персонала, утвержденные руководством медицинской организации в соответствии с законодательством Республики Казахстан *	III
3	При дифференцированной оплате труда периодически проводится определение производительности работников на основании утвержденных индикаторов **	III
4	Оплата труда персоналу, перечисления в пенсионный фонд и другие обязательные отчисления осуществляются своевременно **	III
5	Оплата труда персоналу осуществляется на основе утвержденной медицинской организацией организационной структуры, штатного расписания **	II
15. Информационное управление. Создаются надлежащие условия для эффективного управления данными		
1	В медицинской организации имеется достаточное количество технических средств, обеспечивающих потребности медицинского персонала при работе с медицинской и административной информацией, своевременного и полного ввода данных в локальную информационную систему медицинской организации	III
2	Руководство обеспечивает доступ медицинских работников к сети интернет для своевременного получения и обмена информацией, необходимой в работе	III
3	Руководство медицинской организации обеспечивает доступность действующих нормативных правовых актов и правовых актов Республики Казахстан персоналу организации	III
4	Руководство медицинской организации создает условия для внедрения и использования медицинской информационной системы	III
5	Медицинская организация утверждает процедуры управления документацией в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
16. Защита информации. Медицинская организация обеспечивает конфиденциальность, безопасность и целостность информации		

1)	В медицинской организации определены уровни доступа персонала к конфиденциальной информации *	II
2)	Информация на бумажном и электронном носителях защищается от повреждения, утери и неавторизованного доступа (несанкционированное проникновение в автоматизированную информационную систему) *	II
3)	В соответствии с законодательством Республики Казахстан в медицинской организации обеспечивается конфиденциальность информации о пациенте ***	I
4)	Персонал обучается правилам по защите и неразглашению конфиденциальной информации	III
5)	В медицинской организации определены сроки хранения и порядок уничтожения медицинских и немедицинских документов, в соответствии с законодательством Республики Казахстан ****	II
17. Внутренние документы. Руководство совместно с персоналом разрабатывает, утверждает и внедряет процедуры медицинской организации, регламентирующие ее деятельность		
1)	Утвержден порядок разработки, согласования, утверждения и оформления, пересмотра процедур организации *	III
2)	Составляется и обновляется список всех действующих внутренних процедур организации **	III
3)	Руководство организации обеспечивает доступность для персонала информации о действующих процедурах организации	III
4)	Проводится обучение персонала медицинской организации по утвержденным процедурам организации	III
5)	Персонал осуществляет свою деятельность в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации	II
18. Медицинская документация. Медицинская документация составляется своевременно и способствует преемственности медицинской помощи		
1)	В медицинских картах применяются формы медицинской документации согласно законодательству Республики Казахстан и лучшей мировой практики ***	III
2)	Содержание медицинской карты стандартизируется в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации. Каждая запись в медицинской карте подписывается автором с указанием даты и времени *	I
3)	Все проведенные лечебные мероприятия и медикаментозная терапия своевременно документируются в медицинской карте пациента *	I
4)	В медицинских картах используются аббревиатуры, символы из списка, утвержденного руководством медицинской организации. Записи в медицинских картах написаны и оформлены разборчиво *	III
5)	В медицинской организации проводится клинический аудит качества, своевременности и полноты записей в медицинских картах (смотреть подпункт 3) пункта 8 настоящего Стандарта) *	I
19. Анализ данных. Проводится проверка достоверности данных и их статистический анализ		
1)	Утверждена процедура проверки достоверности публикуемых и предоставляемых во внешние организации данных **	III
2)	Ответственные лица, выполняющие проверку достоверности данных, обучены, имеют достаточный опыт и компетенцию **	III
3)	При мониторинге новых индикаторов проводится проверка достоверности полученных данных вторым лицом *	III
4)	Свод данных по индикаторам для включения в квартальные отчеты для руководства осуществляется ответственным работником (смотреть подпункт 4 пункта 1 и подпункт 4 пункта 2 настоящего Стандарта) **	III

5	При отсутствии специального подразделения определяются ответственные лица по статистическому анализу собираемых данных и своевременному предоставлению их заинтересованным сторонам **	II
20. Штатное расписание. Штатное расписание соответствует организационной структуре, миссии и деятельности медицинской организации		
1	Штатное расписание медицинской организации утверждается руководством медицинской организации в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
2	Штатное расписание соответствует организационной структуре и деятельности медицинской организации	III
3	В медицинской организации утверждаются квалификационные требования к должностям в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
4	Пересмотр штатного расписания руководством медицинской организации проводится на основании заявок руководителей структурных подразделений, анализа соответствия штатного расписания производственным нуждам (определение уровня укомплектованности персоналом; необходимого уровня стажа и компетентности; расчет эффективной и рациональной структуры должностей персонала) ***	III
5	На каждый вид должности, включая внештатных работников, совместителей, консультантов, слушателей резидентуры, руководством медицинской организации утверждается должностная инструкция с указанием квалификационных требований (образование, обучение, знания, навыки и опыт) и функций, специфичных для данной должности **	II
21. Управление человеческими ресурсами. В медицинской организации внедрен процесс эффективного управления человеческими ресурсами		
1	Процедуры по поиску, инструктажу (ориентации) и адаптации персонала разрабатываются в соответствии с законодательством Республики Казахстан и внедряются в медицинской организации ***	III
2	Персонал медицинской организации соответствует квалификационным требованиям должностной инструкции к занимаемой должности. Копия подписанной персоналом должностной инструкции имеется в кадровой службе	III
3	Руководители создают условия для непрерывного обучения персонала медицинской организации (доступ в интернет, компьютеры, тренинговый класс, библиотека)	III
4	Определяются потребности персонала в обучении. Обучение проводится на базе или вне медицинской организации	III
5	Руководством разрабатываются и внедряются процедуры для мотивации персонала медицинской организации и укрепления корпоративного духа (смотреть подпункт 2) пункта 6 настоящего Стандарта)	II
22. Личное дело персонала. Руководством медицинской организации установлен процесс формирования, хранения и обновления личных дел персонала		
1	Личные дела персонала медицинской организации хранятся в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан. Содержание личных дел персонала медицинской организации стандартизировано	II
2	Личные дела медицинского персонала, включая внештатных работников, совместителей, консультантов, слушателей резидентуры содержат сертификат специалиста, сведения об образовании, трудовом стаже и квалификации персонала	I
3	Личное дело каждого медицинского работника содержит доказательство проверки подлинности у первоисточника документов об образовании работника, в соответствии с требованиями должностной инструкции	I
4	Личное дело каждого медицинского работника содержит результаты оценки деятельности персонала, проводимые один раз в год	II
5	Личное дело каждого медицинского работника содержит записи о проведении обучения на базе медицинской организации и вне организации	III

23. Инструктаж. Медицинская организация проводит инструктаж каждого работника для ознакомления с организацией		
1	В медицинской организации разрабатываются и используются учебные материалы (письменные и (или) видеоматериалы) для проведения инструктажа	III
2	Все штатные и внештатные медицинские работники, совместители, консультанты, студенты, слушатели резидентуры, лица, обучающиеся на базе медицинской организации, проходят инструктаж и обучение для ознакомления с медицинской организацией, со своими должностными обязанностями (для работников) и основными требованиями по безопасности **	III
3	Инструктаж персонала включает противопожарную безопасность, готовность к чрезвычайным ситуациям и соблюдение правил техники безопасности на рабочем месте	III
4	Инструктаж персонала включает вопросы инфекционного контроля и требования по безопасной работе с медицинским оборудованием	III
5	Инструктаж персонала медицинской организации включает ознакомление с программой повышения качества медицинской помощи и безопасности пациента	II
24. Оценка клинических навыков. Проводится оценка знаний и клинических навыков клинического персонала в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации		
1	При трудоустройстве проводится оценка клинических навыков врача и утверждается список его клинических привилегий (перечень операций и процедур высокого риска, выполнение которых разрешено врачу в данной медицинской организации)	II
2	При трудоустройстве проводится оценка навыков среднего медицинского персонала и утверждаются персональные списки компетенций в соответствии с процедурами медицинской организации	III
3	При трудоустройстве проводится оценка навыков персонала параклинических структурных подразделений медицинской организации (провизоры и фармацевты, инструкторы и другие)	II
4	Один раз в три года или чаще проводится процедура пересмотра клинических привилегий врача с учетом оценки деятельности врача, его текущей квалификации (знаний, образования, навыков и опыта), исходов лечения, в том числе неблагоприятных исходов и других сведений * При несоответствии компетенции врача требованиям должностной инструкции, показателям работы или уровню квалификации, рассматривается вопрос отстранения врача от клинической практики в данной организации (ограничение привилегий) или направление на обучение или менторство	II
5	В медицинской организации ежегодно проводится переоценка компетенций персонала, параклинических структурных подразделений и средних медицинских работников	I
25. Ежегодная оценка персонала. Один раз в год проводится оценка работы медицинского персонала, в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации		
1	Утверждаются процедуры оценки и форма оценки медицинских работников. Форма оценки врача клинической специальности (врач, который проводит осмотр или лечение пациента) включает критерии: лечение и уход (врач оказывает эффективную и целесообразную медицинскую помощь); клинические знания (врач владеет нужными знаниями, применяет эти знания в работе); повышение квалификации (врач улучшает свою клиническую практику и знания); личные качества и коммуникабельность (врач поддерживает профессиональные взаимоотношения с пациентами и коллегами); этическая практика (врач относится к пациенту с состраданием, уважением к пациентам из разных социальных и культурных слоев); системное мышление (врач проявляет активность и гибкость в использовании нужных ресурсов); бережливое отношение к ресурсам (врач целесообразно и своевременно назначает лекарственные средства, исследования, консультации)	III
2	При оценке врачей, среднего медицинского персонала и других работников, перечень которых определен медицинской организацией, учитываются установленные показатели работы (индикаторы деятельности) и эти показатели содержатся в личных делах	II

3	Заполненная форма оценки персонала хранится в личном деле. Персонал организации ознакомлен с результатами оценки его работы	III
4	На основании результатов оценки определяется соответствие персонала занимаемой должности согласно требованиям законодательством Республики Казахстан ***	III
5	Проводится оценка профессиональных компетенций персонала (смотреть подпункты 4) и 5) пункта 24 настоящего Стандарта)	II
26. Здоровье и безопасность персонала. Здоровье и безопасность персонала медицинской организации поддерживаются в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***		
1	Медицинская организация предоставляет (или обеспечивает) персоналу идентификационные бейджи, необходимую защитную одежду, средства индивидуальной защиты и защитное оборудование (включая средства для радиационной безопасности)	I
2	Медицинская организация проводит оценку безопасности рабочих мест в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	III
3	Медицинская организация проводит мониторинг рабочей нагрузки, оказывает психологическую поддержку персонала для минимизации стресса и его контроля (антистрессовая комната, комната духовного уединения и другие) *	II
4	Медицинская организация создает условия и проводит мероприятия для персонала по продвижению здорового образа жизни (спортивные мероприятия, мероприятия направленные против табакокурения и другие) **	I
5	Медицинская организация обеспечивает защиту персонала от вредных и (или) опасных производственных факторов и принимает меры по предотвращению производственного травматизма **	I
27. Внештатные работники. Персонал, не состоящий в штатном расписании организации (внештатный персонал), имеет соответствующее предоставляемыми ими медицинскими услугами образование и квалификацию		
1	Внештатный персонал соответствует квалификационным требованиям предъявляемым руководством медицинской организации. Копия договора на оказание услуг имеется в кадровой службе (смотреть подпункт 2) пункта 21 и подпункт 1) пункта 22 настоящего Стандарта) **	III
2	Личное дело внештатного персонала содержит доказательство проверки подлинности у первоисточника документов об образовании (смотреть подпункт 2) пункта 21 настоящего Стандарта) **	III
3	При трудоустройстве проводится оценка клинических навыков внештатного медицинского персонала и утверждается список клинических привилегий или список компетенций в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации (смотреть подпункты 1), 2), 3) пункта 24 настоящего Стандарта) **	III
4	Один раз в год проводится оценка качества работы внештатного персонала, результаты оценки хранятся в личном деле (смотреть пункт 25 настоящего Стандарта) **	III
5	Результаты оценки качества работы внештатного персонала применяются для повышения качества услуг медицинской организации	I
28. Мониторинг договоров. Руководители медицинской организации контролируют качество представляемых по договору услуг и товаров		
1	Руководителем медицинской организации определяются ответственные лица по курации договоров о закупке товаров или услуг для медицинской организации	II
2	В каждом договоре прописываются требования к поставщикам, объему и качеству предоставляемых услуг или товаров **	I
3	В каждом договоре прописываются индикаторы, на основании которых медицинская организация проводит мониторинг договора и оценку качества услуг или товаров поставщика **	II

4	Результаты мониторинга договоров на основе установленных индикаторов доводятся до сведения руководства медицинской организации (смотреть подпункт 1) пункта 28 настоящего Стандарта) **	II
5	При несоответствии качества услуг или товаров поставщика требованиям медицинской организации, принимаются меры по устранению несоответствий, вплоть до расторжения договора с поставщиком	I

Глава 3: Управление безопасностью

Параграф 1. Инфекционный контроль		
29. Комиссия по инфекционному контролю. Комиссия по инфекционному контролю координирует выполнение программ и алгоритмов по инфекционному контролю		
1	Медицинская организация проводит анализ результатов инфекционного контроля и эпидемиологической обстановки за год, включающий оценку рисков **	I
2	На основании оценки рисков руководством медицинской организации разрабатываются и утверждаются программа инфекционного контроля и план работы (план мероприятий) по инфекционному контролю на предстоящий календарный год, включающие достижимые и измеримые задачи по снижению рисков **	III
3	Проводится мониторинг инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (внутрибольничные инфекции), в том числе связанных с использованием дыхательной аппаратуры, применением катетеров, а также вызванных резистентными микроорганизмами и другими приоритетными для организации инфекциями **	I
4	Комиссия по инфекционному контролю проводит анализ данных по внутрибольничным инфекциям и на их основании принимает меры для повышения инфекционной безопасности пациента **	II
5	Не реже одного раза в квартал специалисты инфекционного контроля (члены комиссии инфекционного контроля) информируют персонал и руководство организации о результатах мониторинга индикаторов инфекционного контроля, и о рекомендациях для улучшения деятельности медицинской организации по вопросам инфекционного контроля	I
30. Программа по инфекционному контролю. В медицинской организации разрабатывается и внедряется программа по инфекционному контролю		
1	Программа по инфекционному контролю разрабатывается и внедряется в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	III
2	При разработке программы по инфекционному контролю учитываются рекомендации ВОЗ или других профессионально признанных источников, основанных на доказательной медицине *	III
3	Результаты инфекционного контроля своевременно предоставляются в территориальные департаменты Комитета охраны общественного здоровья уполномоченного органа в области здравоохранения в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	III
4	Руководство предоставляет необходимые ресурсы для эффективного выполнения программы инфекционного контроля	II
5	Руководством медицинской организации утвержден ответственный персонал за своевременное предоставление результатов инфекционного контроля в уполномоченный орган в области здравоохранения	II
31. Процедуры по инфекционному контролю. Медицинская организация разрабатывает, утверждает и внедряет процедуры и алгоритмы в области инфекционного контроля		
1	В медицинской организации внедряются алгоритмы по универсальным мерам предосторожности применению средств индивидуальной защиты *	II
2	Процедуры и алгоритмы медицинской организации в области инфекционного контроля разрабатываются в соответствии с законодательством Республики Казахстан *	II
3	В медицинской организации в наличии имеется достаточное количество средств индивидуальной защиты (смотреть подпункт 5) пункта 30 настоящего Стандарта)	II

4	В местах обработки рук установлены раковины с проточной водой, мылом, антисептиками, салфетками или другими средствами для сушки рук (смотреть подпункт 5) пункта 30 настоящего Стандарта)	I
5	Средства индивидуальной защиты используются персоналом в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации	I
32. Дезинфекция, стерилизация и прачечная. Чистка (уборка), дезинфекция, стерилизация и обращение с бельем проводятся с минимизацией риска инфекций в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан ***		
1	Персонал медицинской организации соблюдает требования законодательства в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Республике Казахстан по чистке (уборке), дезинфекции помещений и поверхностей	I
2	Одноразовые изделия утилизируются (исключается повторное использование) после использования в соответствии с утвержденными процедурами организации и требованиями законодательства Республики Казахстан *	I
3	Дезинфекция и стерилизация изделий медицинского назначения проводится с минимизацией риска инфекций, с соблюдением поточности процесса от "грязной" к "чистой" зоне. Персонал соблюдает этапность проведения стерилизации (сбор, транспортировка, учет, укладка, предстерилизационная очистка, стерилизация, упаковка, маркировка, доставка, хранение инструментов) *	I
4	Качество предстерилизационной очистки и стерилизации контролируется с применением химических и (или) биологических индикаторов **	I
5	Обращение с чистым и грязным бельем, стирка белья проводится с минимизацией риска кросс-инфекции. Персонал соблюдает процедуры по обращению с бельем (сбор, транспортировка, передача, стирка, глажка, учет, раздача, применение) *	I
33. Медицинские отходы. Организация обеспечивает безопасное обращение с отходами		
1	В медицинской организации внедряется процедура по безопасному обращению с медицинскими отходами, включая обращение с острыми, колющими и режущими изделиями медицинского назначения, классификация всех отходов, образуемых в медицинской организации, а также их своевременная утилизация *	I
2	Помещение для централизованного сбора опасных медицинских отходов соответствует требованиям законодательства Республики Казахстан (используются закрытые мусорные контейнеры, достаточная вентиляция воздуха, соблюдается температурный режим)	I
3	Отходы утилизируются безопасным образом в соответствии с законодательством Республики Казахстан * * *	I
3	Острые, колющие и режущие предметы утилизируются в специальных контейнерах для безопасного сбора и утилизации отходов	I
4	Остатки и компоненты крови, биологические жидкости, ткани организма хранятся и утилизируются с минимизацией риска инфицирования в маркированных контейнерах, согласно классификации отходов, с соблюдением температурного режима и сроков временного хранения	I
5	Медицинский персонал обучается процедурам по обращению с опасными медицинскими отходами и соблюдает их на практике **	I
34. Обучение персонала по инфекционному контролю. Медицинская организация проводит непрерывное обучение персонала по инфекционному контролю		
1	Ежегодно врачебный персонал медицинской организации проходит обучение по вопросам инфекционного контроля **	II
2	Ежегодно средний персонал медицинской организации проходит обучение по вопросам инфекционного контроля **	II
3	Установлено ответственный персонал организации за проведение обучения по вопросам инфекционного контроля *	III

4)	Знания персонала медицинской организации по инфекционному контролю тестируются ежегодно **	III
5)	Дополнительное обучение по инфекционному контролю проводится для студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации **	III
Параграф 2. Безопасность здания		
35. Комиссия по безопасности зданий. В медицинской организации внедряется Программа по безопасности зданий, выполнение которой координирует Комиссия по безопасности зданий		
1)	Создается и работает Комиссия по безопасности зданий, которая координирует действия по поддержанию безопасности зданий и окружающей среды **	III
2)	Программа по безопасности зданий разрабатывается на основе законодательства Республики Казахстан и включает разделы: безопасность окружающей среды и система охраны, пожарная безопасность, готовность к чрезвычайным ситуациям, обращение с опасными материалами, медицинское оборудование, коммунальные (инженерные) системы *	III
3)	Программа по безопасности зданий пересматривается ежегодно с определением приоритетных на каждый год направлений работы *	III
4)	Ежеквартально руководитель медицинской организации получает отчет от Комиссии по безопасности здания или должностного лица, ответственного за выполнение Программы по безопасности зданий, с указанием проведенных ключевых работ и существующих проблемах (рисков) безопасности зданий и окружающей среды **	II
5)	Руководитель медицинской организации ежегодно направляет отчет в Орган управления медицинской организации о выполнении Программы по безопасности зданий с указанием проведенных ключевых работ и существующих проблем (рисков) безопасности зданий и окружающей среды. В случае если Орган управления и руководитель медицинской организации являются одним лицом, то отчет предоставляет Комиссия по безопасности здания или должностное лицо, ответственное за выполнение Программы по безопасности зданий **	II
36. Безопасность окружающей среды. Здание (-я) и территория медицинской организации являются безопасными и комфортными для персонала и пациентов *		
1)	Состояние здания (-й) и территории медицинской организации соответствуют требованиям законодательства Республики Казахстан ***	I
2)	Случаи производственного травматизма и другие подлежащие отчетности сведения сообщаются в уполномоченные органы	I
3)	Комиссия по безопасности зданий ежеквартально инспектирует (тестирует) здания и помещения, инженерные системы и оборудование с последующим документированием результатов проведенной инспекции	III
4)	Здания и помещения, инженерные системы, оборудование и прочие предметы регулярно обновляются и поддерживаются на безопасном уровне	III
5)	При обнаружении значительных рисков для персонала, пациентов, посетителей или для окружающей среды, руководство медицинской организации предпринимает надлежащие действия по выделению средств, информированию заинтересованных сторон и снижению выявленных рисков	I
37. Охрана и защита. Обеспечивается охрана и защита здания и территории медицинской организации		
1)	Медицинский персонал, внештатные и контрактные работники, студенты, слушатели резидентуры, лица, обучающиеся на базе медицинской организации, идентифицируются в соответствии с процедурами медицинской организации (смотреть подпункт 1) пункта 26 настоящего Стандарта)	III
2)	Сотрудниками охранной службы проводится мониторинг (видеонаблюдение и обход) здания и территории с целью охраны и защиты	II
3)	Документируется обход (инспекция) здания и передача дежурств между сотрудниками охранной службы **	III

4	Ограничивается вход посторонних лиц в помещение и режимные отделения (зоны контроля инженерных, коммунальных систем и другие)	I
5	Сотрудники охранной службы обучаются действиям при чрезвычайных ситуациях (при кодах по безопасности), а также оказанию первой помощи **	II
38. Пожарная безопасность. Внедряется программа по снижению пожарного риска и задымления *		
1	Функционирует система раннего выявления пожара, в наличии исправные средства для пожаротушения, которые регулярно инспектируются и при необходимости обновляются	II
2	Инспекция, тестирование и поддержание средств и систем для раннего выявления и тушения пожара документируется **	I
3	Для безопасной эвакуации из здания при пожаре и других чрезвычайных ситуациях пути эвакуации поддерживаются в свободном состоянии. В наличии имеются информационные и указательные знаки (указатели выхода, размещения пожарного инвентаря и гидрантов), схемы эвакуации	II
4	Для ограничения распространения дыма и огня устанавливаются противопожарные двери, используются огнеупорные материалы, минимизируется использование возгораемых материалов	II
5	С персоналом медицинской организации ежегодно проводятся практические учения по действиям при пожаре и задымлении (смотреть подпункт 2) пункта 47 настоящего Стандарта) **	II
39. Другие чрезвычайные ситуации. Внедряется программа по снижению риска прочих чрезвычайных ситуаций *		
1	Медицинская организация определяет значимые для региона виды чрезвычайных ситуаций в виде оценки рисков с указанием вероятности возникновения, уровня разрушительной силы (последствий) и степени готовности организации к значимым для региона видам чрезвычайных ситуаций **	III
2	На основе оценки рисков по чрезвычайным ситуациям в годовом плане мероприятий определяются приоритетные направления работы **	III
3	Выделяются ресурсы для улучшения готовности организации к чрезвычайным ситуациям	III
4	В медицинской организации ежегодно проходят практические учения персонала по принимаемым действиям при чрезвычайных ситуациях: оказание экстренной медицинской помощи, готовность использования альтернативных источников воды и электричества, проверка готовности системы оповещения, (смотреть пункт 44 настоящего Стандарта) **	III
5	По окончании практического обучения по действиям при чрезвычайных ситуациях, проводится анализ результатов проведенного обучения, с разработкой плана мероприятий по улучшению несоответствий и поддержке непрерывного улучшения **	II
40. Опасные материалы и отходы. Обращение с опасными материалами и отходами осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан, обеспечивается безопасность людей и окружающей среды ***		
1	Определяется список всех опасных материалов и отходов (включая огнеопасные материалы) медицинской организации с указанием названий (состава), мер предосторожности и мер первой помощи при аварийных ситуациях, мест хранения, максимально допустимого объема хранения и применимых для маркировки предупреждающих знаков (смотреть пункт 33 настоящего Стандарта)	II
2	Прописываются требования к обращению с опасными материалами, включая их маркировку, хранение, ношение защитных средств при работе, транспортировке, утилизации *	II
3	Все опасные материалы и отходы маркируются с указанием названия (состава), срока годности и применимых предупреждающих знаков	II
4	В местах применения опасных материалов имеется доступная информация по мерам предосторожности и алгоритмам оказания первой медицинской помощи	I
5	Медицинский персонал обучается действиям при разлинии опасного материала, включая быстрый сбор (обеззараживание) и сообщение об инциденте ответственным должностным лицам	I

41. Медицинское оборудование. Безопасность медицинского оборудования обеспечивается путем тестирования, калибровки, поддержания в рабочем состоянии и обучения персонала		
1)	Внедряется программа по обеспечению безопасности медицинского оборудования (смотреть подпункт 2) пункта 35 настоящего Стандарта) *	III
2)	Определяется список и ведется учет всего медицинского оборудования	III
3)	Проводится и документируется профилактическое обслуживание, тестирование, калибровка, поддержание, ремонт медицинского оборудования: профилактическое обслуживание каждой единицы оборудования проводится с частотой согласно инструкции производителя или чаще; частота профилактического обслуживания прописана в документах организации; график профилактического обслуживания оборудования составляется ежегодно **	I
4)	Проводится обучение персонала безопасной работе с медицинским оборудованием в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации. Обученный и компетентный персонал допускается к работе с медицинским оборудованием *	III
5)	Внедряется система оповещения пользователей и принятия мер при отзыве, поломке и прочих случаях, связанных с медицинским оборудованием (например, риск возгорания) *	I
42. Коммунальные системы. Коммунальные и инженерные системы в медицинской организации соответствуют требованиям законодательства Республики Казахстан ***		
1)	Руководством медицинской организации определяется порядок и частота инспекций, тестирования и поддержания коммунальных и инженерных систем *	III
2)	Функционирование коммунальных и инженерных систем контролируется, поддерживается и улучшается	III
3)	Проводится мониторинг системы вентиляции с документированием результатов проведенного мониторинга	III
4)	Для предупреждения пылевого загрязнения в системе вентиляции устанавливаются фильтры, которые меняются с частотой согласно рекомендации производителя	III
5)	Коммунальные и инженерные системы маркируются для облегчения частичного или полного отключения при чрезвычайных ситуациях	I
43. Вода и электричество. В медицинской организации обеспечивается непрерывный доступ к воде и электричеству, включая их альтернативные источники		
1)	В медицинской организации электричество является доступным круглосуточно в любое время года	III
2)	В медицинской организации питьевая вода является доступной круглосуточно в любое время года	III
3)	В медицинской организации определяются зоны и услуги, для которых наиболее важно водоснабжение и электроснабжение из альтернативных источников **	III
4)	Альтернативные источники водоснабжения тестируются ежеквартально **	II
5)	Альтернативные источники электроснабжения тестируются ежеквартально, имеется необходимый запас топлива для выработки электричества из альтернативного источника **	III
44. Обучение персонала по безопасности зданий. Проводится обучение, тестирование знаний персонала медицинской организации для поддержания безопасности зданий и окружающей среды		
1)	Персонал обучается правилам обращения с опасными материалами	II
2)	Персонал обучается действиям при пожаре, включая сообщение о пожаре, навыкам применения огнетушителей и эвакуации пациентов	II

3	Персонал обучается работе с оборудованием и коммунальными (инженерными) системами, включая действия при чрезвычайных ситуациях (смотреть подпункты 4) пункта 44 настоящего Стандарта)	II
4	Штатный и внештатный персонал, студенты, слушатели резидентуры, лица, обучающиеся на базе медицинской организации, арендаторы помещений, волонтеры и посетители обучаются правилам безопасности при нахождении в здании и на территории медицинской организации	III
5	Ежегодно, в соответствии с утвержденными руководством медицинской организации процедурами, проводится тестирование знаний персонала по правилам безопасности при нахождении в здании и на территории медицинской организации	I
Параграф 3. Безопасность лекарственных средств и изделий медицинского назначения		
45. Управление лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения. В медицинской организации обеспечивается безопасное обращение с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в организации		
1	Обращение с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
2	Ежегодно проводится анализ системы управления оборотом лекарственных средств и изделий медицинского назначения, включающий: планирование и закуп; хранение; врачебные назначения; приготовление или разведение; введение лекарственных средств пациенту; мониторинг лечебного эффекта **	II
3	Проводится анализ системы управления лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, включающий оценку рисков (выявление проблем или зон высокого риска, связанных с использованием лекарственных средств) **	II
4	Разрабатываются и внедряются процедуры, описывающие каждый этап управления лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения: планирование и закуп; хранение; назначение; приготовление или разведение; введение лекарственных средств пациенту; мониторинг эффекта лекарственных средств *	I
5	Создается и функционирует формулярная комиссия, рассматривающая вопросы управления лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, включая утверждение формулярного списка **	I
46. Хранение лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Лекарственные средства и изделия медицинского назначения хранятся безопасно и надлежащим образом		
1	Все лекарственные средства и изделия медицинского назначения хранятся с указанием названия (содержания), срока годности в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан **	II
2	Лекарственные средства и изделия медицинского назначения хранятся с соблюдением температурного режима, влажности и прочих условий, в соответствии с требованиями к их хранению	II
3	Наркотические и другие лекарственные средства, подлежащие строгому учету и контролю, хранятся в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
4	Внутренние правила медицинской организации обеспечивают сохранность лекарственных средств и изделий медицинского назначения от утери и кражи	II
5	Персоналом аптеки / утвержденным должностным лицом проводится контроль всех мест хранения лекарственных средств и изделий медицинского назначения в медицинской организации для обеспечения хранения лекарственных средств в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан **	I
47. Особые случаи обращения с лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и их уничтожение. Прописываются особые случаи обращения с лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и их уничтожение		

1	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется соблюдение порядка выявления и уничтожения лекарственных средств и изделий медицинского назначения с истекшим сроком годности *	I
2	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется соблюдение порядка выявления и уничтожения лекарственных средств содержащих наркотические средства, психотропные вещества и прекурсоры с истекшим сроком годности *	I
3	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется порядок обращения с наборами лекарственных средств и изделий медицинского назначения для экстренных случаев (противошоковая укладка, противоэпидемическая укладка, реанимационный набор), включая их защиту от кражи и потери, своевременную проверку готовности набора и восполнение содержимого *	I
4	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется порядок отзыва лекарственных средств и изделий медицинского назначения в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации *	I
5	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется порядок обращения с опасными лекарственными средствами *	I
48. Назначение лекарственных средств. Прописывается процесс назначения лекарственных средств и проверки назначений лекарственных средств		
1	Утверждены требования к назначению лекарственных средств, включая обязательную информацию в медицинских картах: идентификация пациента; название лекарственных средств (международное непатентованное или торговое наименование); доза; путь введения *	I
2	В медицинской организации разработана и утверждена руководством организации процедура контроля правильности заполнения листов врачебных назначений или рецептов *	I
3	Разрабатываются и утверждаются руководством медицинской организации процедуры, применяемые при устном назначении лекарственных средств в экстренных ситуациях *	I
4	Проводится проверка назначений лекарственных средств в текущих медицинских картах для выяснения обоснованности и полноты назначения	I
5	Проводится выборочный клинический аудит медицинских карт на предмет соблюдения процедур организации и безопасности пациента **	I
49. Мониторинг и обучение обращения с лекарственными средствами. Проводится мониторинг эффекта лекарственных средств и периодическое обучение пациентов и персонала в зависимости от потребности		
1	Разрабатываются и утверждаются руководством медицинской организации процедуры по проведению мониторинга эффекта лекарственных средств и побочных эффектов **	I
2	В медицинской организации внедрен процесс выявления, сообщения и анализа потенциальных ошибок и ошибок (смотреть подпункты 3), 4) пункта 6 настоящего Стандарта)	I
3	Для врачей и прочего персонала, вовлеченных в обращение с лекарственными средствами, имеется в доступе справочная информация по лекарственным средствам	I
4	В медицинской организации врачи, вовлеченные в обращение с лекарственными средствами, обучаются по вопросам обращения с лекарственными средствами в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации **	I
5	В медицинской организации средний медицинский персонал и прочий персонал, вовлеченные в обращение с лекарственными средствами, обучаются по вопросам обращения с лекарственными средствами в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации **	I

Глава 4: Лечение и уход за пациентом

Параграф 1. Безопасность пациента

50. Идентификация пациента. Безопасность пациента повышается через процесс идентификации пациента

1)	Руководством медицинской организации утверждается стандартная операционная процедура (далее – СОП) идентификации пациента, описывающая процесс идентификации пациента с применением не менее двух идентификаторов пациента *	I
2)	Пациент идентифицируется в соответствии с СОП перед каждой процедурой, инъекцией, приемом лекарственного средства, взятием биоматериала и других ситуациях	I
3)	Идентификация пациента облегчается путем использования идентификационного браслета с двумя идентификаторами, либо через другие альтернативные способы идентификации пациента, утвержденные руководством медицинской организации	I
4)	Идентификаторы пациента присутствуют во всех формах медицинских карт	I
5)	Процесс идентификации пациента контролируется через индикаторы, которые применяются для повышения безопасности пациента. Индикаторы выбираются в зависимости от используемых способов идентификации пациента **	I

51. Эффективная передача информации. Безопасность пациентов повышается через стандартизированный процесс передачи устной и (или) телефонной информации

1)	Разрабатывается и внедряется СОП приема и передачи информации устно и (или) по телефону, где прописано, что получатель информации записывает и прочитывает сообщение вслух, сообщающее лицо подтверждает правильность сообщения	I
2)	Устные назначения лекарственных средств пациенту передаются согласно СОП приема и передачи информации устно, с внесением в медицинскую карту или сопроводительный лист *	I
3)	Врачебный персонал медицинской организации обучен СОП приема и передачи информации устно и (или) по телефону	I
4)	Средний медицинский персонал медицинской организации обучен СОП приема и передачи информации устно и (или) по телефону	I
5)	Процесс передачи устной информации, при транспортировке пациента между организациями здравоохранения, контролируется через индикатор (-ы) установленный (-ые) медицинской организацией **	III

52. Лекарственные средства высокого риска (лекарственные средства обладающих высоким риском развития побочного действия и нанесения значительного вреда здоровью пациента, а также лекарственные средства схожие с наименованиями либо упаковками других лекарственных средств). Безопасность пациентов повышается за счет стандартизированной маркировки и безопасного обращения с лекарственными средствами высокого риска

1)	Разрабатывается СОП, описывающая обращение с лекарственными средствами высокого риска * Процедура включает: маркировку лекарственных средств высокого риска; хранение лекарственных средств высокого риска; назначение и применение – если есть особенности; список лекарственных средств высокого риска; обучение персонала	I
2)	Разрабатывается СОП, описывающая обращение с концентрированными электролитами * Процедура включает: маркировку концентрированных электролитов; хранение концентрированных электролитов – запрет на хранение в местах редкого использования, хранение только в местах клинической необходимости; назначение и применение – если есть особенности; список концентрированных электролитов; обучение персонала	I
	Разрабатывается СОП, описывающая обращение с лекарственными средствами со схожим названием и схожей упаковкой.	

	Процедура	включает:	
3	маркировку лекарственных средств со схожим названием и схожей упаковкой;		I
)	запрет на хранение лекарственных средств на одной полке или рядом, если у них созвучны названия		
	или схожий внешний вид;		
	назначение и применение – если есть особенности;		
	список лекарственных средств со схожим названием и схожей упаковкой;		
	обучение персонала *		
4	СОП, описывающие обращение с лекарственными средствами высокого риска, с		I
)	концентрированными электролитами, с лекарственными средствами со схожим названием и схожей		
	упаковкой выполняются во всей организации		
5	Обращение с концентрированными электролитами, лекарственными средствами высокого риска и		I
)	лекарственными средствами со схожим названием, и схожей упаковкой мониторируются через		
	индикаторы, которые применяются для повышения безопасности пациента **		
53. Снизить риск инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи через обработку рук. Безопасность пациентов повышается за счет комплексной программы обработки рук для предотвращения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи			
1	Разрабатываются основанные на доказательной базе (литературе) процедуры, описывающие виды и		I
)	этапы мытья рук (обработки рук), а также показания для обработки рук *		
2	Процедуры по обработке рук выполняются по всей медицинской организации		I
)			
3	Ресурсы для выполнения процедур обработки рук представлены в необходимом объеме		I
)			
4	Медицинский персонал обучается видам, этапам и показаниям обработки рук **		I
)			
5	Практика обработки рук мониторируются через индикатор (-ы), которые применяются для		I
)	повышения безопасности пациента **		
54. Снизить риск вреда вследствие падений пациента. Безопасность повышается за счет первичной и повторной оценки риска падения у пациентов группы риска, а также за счет профилактических мероприятий и безопасной окружающей среды			
1	Разрабатывается СОП профилактики падений, которая направлена на предотвращение падений и		I
)	травм от падений. Персонал медицинской организации обучается данной СОП *		
2	Процедуры по профилактике падений имеют четкие требования к оценке риска падения		I
)			
3	Оценка и переоценка риска падения выполняется, когда это требуется и своевременно		I
)	документируется в медицинской карте **		
4	Выполняются действия по профилактике падений, включая сопровождение пациентов с высоким		I
)	риском падения и другие действия, определенные в правилах медицинской организации		
5	Профилактика падений и число падений мониторируются через индикатор (-ы), которые		I
)	применяются для повышения безопасности пациента **		
Параграф 2. Права пациента			
55. Процедуры по правам пациента. Медицинская организация разрабатывает и внедряет процедуры, направленные на соблюдение прав пациента в соответствии с законодательством Республики Казахстан **			
1	Медицинская организация разрабатывает и внедряет процедуры, направленные на соблюдение прав		I
)	пациента и включает в этот процесс пациентов и их законных представителей **		
2	При обращении пациентов с коммуникативными проблемами (языковой барьер, глухонемые и т.д.)		II
)	медицинская организация предпринимает все необходимые меры для обеспечения их надлежащей медицинской помощью		

3)	Пациенты информируются о своих правах и солидарной ответственности за свое здоровье, которая включает информирование врача о предыдущих заболеваниях, лечении, обследованиях, а также необходимость следования рекомендациям медицинского персонала	II
4)	Медицинская организация соблюдает права пациентов по предоставлению их законным представителям информации относительно их лечения в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации *	I
5)	Весь персонал осведомлен о правах пациента и их законных представителей	II
56. Приватность и конфиденциальность информации. Соблюдаются права пациента на неприкосновенность частной жизни (приватность), конфиденциальность информации, достойное и уважительное отношение к пациенту		
1)	Медицинская организация обеспечивает приватность пациента в процессе предоставлении услуги	I
2)	Конфиденциальность информации о пациенте сохраняется в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан ***	I
3)	Медицинский персонал организации определяет потребности пациентов в приватности и конфиденциальности в процессе лечения и предоставления ухода	II
4)	Медицинский персонал осведомлен о законодательстве Республики Казахстан, регулирующий конфиденциальность информации	I
5)	Медицинский персонал проявляет уважительное отношение к пациенту на всех этапах лечения	II
57. Обращения пациентов и их законных представителей. Обращения пациентов и их законных представителей принимаются и рассматриваются своевременно и объективно		
1)	В организации существует и используется процесс приема обращений от пациентов и их законных представителей относительно нарушения прав пациента **	II
2)	Руководством медицинской организации утверждаются процедуры по процессу сбора, приоритизации и рассмотрения обращений пациентов и их законных представителей в соответствии с законодательством Республики Казахстан *	II
3)	Обращения пациентов и их законных представителей рассматриваются своевременно и объективно в течение периода времени определенного законодательством Республики Казахстан ***	II
4)	Персоналом службы поддержки пациента и контроля качества проводится сбор обращений в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации	I
5)	Результаты анализа обращений используются для повышения качества медицинских услуг организации здравоохранения	II
58. Информированное добровольное согласие пациента на медицинские услуги. Медицинской организацией внедряются процедуры получения общего информированного добровольного согласия пациента на медицинские услуги		
1)	Процесс получения информированного добровольного согласия пациента или их законного представителя определяется в процедурах, утвержденных руководством медицинской организации в соответствии с законодательством Республики Казахстан *	II
2)	Медицинские работники организации обучены процессу получения добровольного согласия у пациентов на медицинские услуги	I
3)	При ознакомлении с содержанием добровольного согласия пациенты или их законные представители информируются о необходимости данной инвазивной процедуры	II
4)	Добровольное согласие берется и документируется в медицинской карте вызова перед любой инвазивной процедурой, процедурой высокого риска и в других ситуациях, определенных медицинской организацией **	II

5	Процесс получения медицинскими работниками организации добровольного согласия регулярно контролируется. В случае снижения качества процесса, организуется дополнительное обучение медицинского персонала **	I
59. Отказ от лечения. Пациент информирован о праве на отказ от предложенной медицинской помощи		
1	Руководством медицинской организации утверждаются процедуры оформления отказа пациента от предложенной медицинской помощи в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан ***	II
2	Руководством медицинской организации утверждаются процедуры оформления отказа пациента от госпитализации в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан ***	I
3	Отказ от медицинской помощи с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинских документах и подписывается пациентом, либо его законным представителем, а также медицинским работником в соответствии с утвержденными руководством процедурами медицинской организации	II
4	Медицинский персонал уважает право пациента в отказе от лечения и информирует о возможных рисках, осложнениях и угрозе жизни вследствие отказа	II
5	Медицинская организация обеспечивает информирование организации амбулаторно-поликлинической помощи о случаях отказа пациентов от медицинской помощи (по территориальной закреплённости)	I
Параграф 3. Лечение и уход за пациентом		
60. Медицинская сортировка пациентов. Процесс обслуживания пациентов скорой медицинской помощи стандартизован		
1	Медицинской организацией осуществляются процедуры медицинской сортировки пациентов **	I
2	Проводится приоритизация лечения в соответствии с неотложностью / экстренностью ситуации	I
3	Проводится оценка потребности в дополнительных ресурсах и запросах при необходимости на месте инцидента	I
4	Проводится оценка пациента на наличие показаний для лечения и транспортировки в надлежащую организацию здравоохранения	I
5	Персонал обучается критериям медицинской сортировки, на основе которых определяется потребность пациента в экстренной или неотложной помощи	I
61. Первичный осмотр. Первичный осмотр является информативным для определения потребностей пациента и составления первоначального плана лечения *		
1	Первичный осмотр пациента осуществляется ответственными лицами в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	I
2	Запись первичного осмотра ответственным лицом вносится в медицинскую карту пациента в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан ***	II
3	Первичный осмотр включает определение психо-эмоционального статуса пациента	III
4	Специалисты скорой медицинской помощи проводят первичные осмотры в соответствии с их образованием, квалификацией и навыками, подтвержденными документами	II
5	При выявлении жертв насилия организация контактирует с заинтересованными социальными, правоохранительными органами и иными организациями	III
62. План лечения и ухода. Индивидуальный план лечения своевременно документируется и включает в себя цели или желаемые результаты лечения *		
1	План неотложных лечебных мероприятий разрабатывается индивидуально на основании первичного осмотра и при необходимости повторных осмотров через определенные промежутки времени в зависимости от клинического состояния и условий транспортировки	III

2)	План лечения соответствует основанным на доказательной базе клиническим протоколам (смотреть пункт 10 настоящего Стандарта)	III
3)	Состояние пациента наблюдается и документируется в динамике с целью оценки достижения целей или желаемых результатов от плана лечения	II
4)	План лечения обновляется в зависимости от состояния, диагноза пациента или на основе новой информации и по результатам повторных осмотров	I
5)	Проведенные лечебные мероприятия (процедуры, введенные лекарственные средства) своевременно вносятся в медицинскую документацию	II
63. Перевод и транспортировка пациента. Перевод пациента согласовывается с принимающей организацией и обеспечивается безопасностью транспортировки пациента *		
1)	Перевод пациента из одной медицинской организации в другую осуществляется на основе переводного эпикриза, который содержит причину перевода, проведенное лечение, состояние пациента на момент перевода и дальнейшие рекомендации	II
2)	Перевод пациента в другую медицинскую организацию проводится при наличии договоренности с принимающей медицинской организацией о готовности принять пациента	II
3)	При переводе пациента на медицинском транспорте, заполняется транспортировочный лист с указанием состояния пациента во время транспортировки, оказанного лечения, названия принимающей организации и фамилии медицинского персонала, сопровождающих и принимающих пациента	II
4)	Санитарный автотранспорт оснащен в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан. Проводится регулярная инспекция готовности машины ответственными лицами (если транспорт принадлежит медицинской организации)	II
5)	Пациент сопровождается квалифицированным персоналом в зависимости от состояния и потребностей пациента	II
64. Непрерывность ухода. Во время доставки/транспортировки пациента в медицинскую организацию соблюдается непрерывность ухода *		
1)	Принимающей организации здравоохранения предоставляется устная информация о пациенте, подкрепляющаяся сопроводительным листом к карте вызова пациента	II
2)	Медицинская организация заблаговременно оповещает принимающую организацию здравоохранения о прибытии или передаче всех пациентов, включая пациентов находящихся в предсмертном состоянии	II
3)	Во время передачи пациента в другую организацию здравоохранения, бригада скорой медицинской помощи забирает от направляющей организации клиническое резюме или выписку из медицинской документации	II
4)	Клиническое резюме или выписка из медицинской документации передается вместе с пациентом	II
5)	Клиническое резюме или выписка из медицинской документации содержит информацию о состоянии пациента, проведенных процедурах и вмешательствах, потребности пациента в непрерывном уходе	II
65. Доступность услуг для населения. Медицинская организация удовлетворяет потребности пациента в доступе к медицинской помощи		
1)	Разрабатываются процедуры информирования населения, соответствующих служб и других медицинских организаций о порядке получения скорой медицинской помощи в соответствии с категориями срочности	II
2)	Медицинская организация устанавливает и реализовывает процесс реагирования на запросы общественности и средства массовой информации	II
	Медицинская организация в круглосуточном режиме выдает устную информацию при личном обращении населения.	

3)	Медицинская организация в круглосуточном режиме выдает информацию по телефону о местонахождении пациентов или пострадавших при несчастных случаях, которым была оказана медицинская помощь	II
4)	Налаживается взаимодействие медицинской организации с аварийными службами	II
5)	Сотрудники обучаются процедурам взаимодействия медицинской организации с аварийными службами **	II
66. Удовлетворение потребностей умирающих пациентов. Медицинская организация удовлетворяет потребности умирающих пациентов		
1)	Персонал медицинской организации оказывает помощь умирающим пациентам и их законным представителям в управлении болью и другими симптомами	II
2)	Персонал медицинской организации уважительно относится к духовным и культурным предпочтениям пациента и законных представителей	II
3)	Персонал обучается процедуре организации в отношении остановки услуг по реанимации	II
4)	Медицинская организация разрабатывает процедуру по обращению с пациентом, умершим после вызова или в присутствии сотрудника скорой помощи	II
5)	Персонал медицинской организации ознакомлен о процедурах по обращению с пациентом, умершим после вызова или в присутствии сотрудника скорой помощи **	III
67. Услуги экстренной медицинской помощи являются доступными по всей организации *		
1)	Круглосуточно на территории медицинской организации являются доступными услуги экстренной медицинской помощи (оказание базовой и углубленной сердечно-легочной реанимации)	II
2)	Стандартизованный набор лекарственных средств, изделий медицинского назначения и оборудования для оказания базовой и углубленной сердечно-легочной реанимации поддерживается в постоянной готовности	II
3)	Внедрены процедуры, описывающие порядок оказания базовой и углубленной сердечно-легочной реанимации	I
4)	Углубленная (расширенная) сердечно-легочная реанимация оказывается в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации	I
5)	Медицинские работники обучаются оказанию базовой сердечно-легочной реанимации	I
68. Инвазивные процедуры. Своевременно и подробно оформляется документация о проводимой инвазивной процедуре		
1)	Информация об инвазивных процедурах, а также полученные результаты, своевременно фиксируются в карте вызова пациента	I
2)	Запись в медицинской карте вызова содержит обоснование или причину инвазивной процедуры, диагноз	I
3)	Пациент информируется о проводимой инвазивной процедуре до начала процедуры	I
4)	Пациента дает согласие на проведение инвазивной процедуры	I
5)	Психоэмоциональное состояние пациента непрерывно мониторируется во время и после процедуры	I

Глава 5: Специальные службы

Параграф 1. Коммуникационные центры неотложной и скорой медицинской помощи. Коммуникационные центры неотложной и (или) скорой медицинской помощи эффективно поддерживают

	реагирование службы скорой и неотложной помощи на инциденты, и необходимость транспортировки пациентов	
69. Разработка и мониторинг плана работы коммуникационного центра. Руководители медицинской организации планируют и контролируют услуги коммуникационного центра		
1)	В целях повышения эффективности деятельности коммуникационного центра руководством медицинской организации утверждается годовой план работы, проводится мониторинг реализации мероприятий плана	II
2)	Мониторинг плана работы коммуникационного центра включает определение областей реагирования, наличие необходимых материально-технических и человеческих ресурсов с обязательным охватом периодов максимальной нагрузки	II
3)	Мониторинг плана работы коммуникационного центра включает реагирование на инциденты с большим количеством жертв и катастрофы	II
4)	Мониторинг плана работы коммуникационного центра включает координацию критических инцидентов	II
5)	Мониторинг плана работы коммуникационного центра включает предоставление исчерпывающей интегрированной 24-часовой коммуникационной системы	II
70. Категорирование вызовов. План работы коммуникационного центра включает в себя определенный процесс для того, чтобы четко категорировать вызовы согласно уровню реагирования и категории срочности		
1)	В целях повышения эффективности деятельности коммуникационного центра, руководством медицинской организации утверждается годовой план работы. Проводится мониторинг реализации годового плана	I
2)	План работы коммуникационного центра включает определение областей реагирования, наличие необходимых материально-технических и человеческих ресурсов, с обязательным охватом периодов максимальной нагрузки	I
3)	План работы коммуникационного центра включает приоритетное реагирование на инциденты с большим количеством жертв и катастрофы	I
4)	План работы коммуникационного центра включает координацию критических инцидентов	I
5)	План работы коммуникационного центра включает предоставление исчерпывающей интегрированной круглосуточной коммуникационной системы	I
71. Стандарты оказания медицинской помощи по времени реагирования. План работы коммуникационного центра включает в себя стандарты оказания медицинской помощи по времени реагирования		
1)	Стандарты оказания медицинской помощи по времени реагирования соответствуют законодательству Республики Казахстан ***	III
2)	Стандарты оказания медицинской помощи по времени реагирования охватывают различные области предоставления медицинских услуг	III
3)	Стандарты оказания медицинской помощи по времени реагирования охватывают различные диспетчерские категории	III
4)	Стандарты оказания медицинской помощи по времени реагирования охватывают время ожидания вызова	III
5)	Стандарты оказания медицинской помощи по времени реагирования подвергаются мониторингу с использованием единых часов либо синхронизированных часов	III
72. Прием и документирование информации о заявках на предоставление медицинских услуг. Коммуникационный центр использует процесс для получения и документирования информации о заявках на предоставление медицинских услуг		

1)	Проводится фиксирование (запись) номера телефона для обратной связи с вызывающим лицом, адреса инцидента или необходимой услуги, повода для вызова или жалобы	I
2)	Проводится фиксирование (запись) экстренности или неотложности запроса	I
3)	Проводится фиксирование (запись) предоставленных инструкций	I
4)	Проводится фиксирование (запись) необходимости содействия другой организации	I
5)	Прямые, срочные коммуникации поддерживаются постоянно между: диспетчером и лицом, осуществляющим звонок; диспетчером и бригадой скорой помощи	I
73. Вспомогательные системы для бесперебойной работы коммуникационного центра. Медицинской организацией внедряется система бесперебойного получения и обмена информацией		
1)	Руководством медицинской организации обеспечивается наличие необходимых ресурсов по бесперебойному обмену информацией	I
2)	Осуществляется своевременная регистрация неотложных и других вызовов (ответы на телефон и другие)	I
3)	Организация работы диспетчерской службы соответствует законодательству Республики Казахстан ***	I
4)	Спутниковая навигационная система имеется в наличии и бесперебойно обеспечивает обмен информацией	I
5)	В бесперебойном обмене информацией используются радиокommunikации и цифровое картографирование	I
Параграф 2. Служба скорой / неотложной помощи. Служба скорой / неотложной медицинской помощи эффективно поддерживает реагирование на инциденты и необходимость транспортировки пациентов		
74. Служба скорой / неотложной помощи соответствует потребностям пациентов		
1)	Руководством медицинской организации обеспечиваются необходимые ресурсы для эффективного оказания доврачебной неотложной помощи	I
2)	Служба скорой / неотложной помощи способна реагировать в разных клинических областях с использованием необходимого оборудования	I
3)	Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи осуществляется линейными (врачебными, фельдшерскими) и специализированными бригадами в соответствии с потребностями населения	I
4)	Объем медицинской помощи предоставляется в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи (клиническими протоколами, клиническими руководствами, алгоритмами)	I
5)	Все этапы оказания экстренной и неотложной медицинской помощи стандартизируются *	I
75. Санитарный автотранспорт. Разрабатываются и внедряются процедуры по организации оказания медицинской помощи в форме санитарной авиации в соответствии с установленными требованиями и потребностями пациентов		
1)	Санитарный автотранспорт оснащен достаточным количеством оборудования, лекарственных средств расходных материалов, необходимых для предоставления скорой / неотложной помощи, в зависимости от типа бригады	I
2)	Санитарный автотранспорт для поддержания основных функций жизнедеятельности пациента обеспечен специалистами по оказанию первой помощи. Водитель обучен мерам первой помощи (базовой сердечно-легочной реанимации) и транспортировке, перекладке пациента	I
3)	Имеется достаточное пространство для осмотра, лечения пациента и свободного перемещения медицинского персонала, включая ситуации, критические по времени или ситуации, требующие медицинской помощи повышенной сложности	I

4	Санитарный автотранспорт застрахован и принимаются меры по профилактике и снижению частоты дорожно-транспортных происшествий: обучение водителей особенностям транспортировки пациентов в критическом состоянии; особенности вождения в экстремальных погодных условиях и в часы-пик; качество шин согласно времени года; своевременный технический осмотр и ремонт;	I
)	сбор данных по случаям дорожно-транспортных происшествий и анализ каждого дорожно-транспортного происшествия; вводный инструктаж водителей при приеме на работу и периодический инструктаж после каждого случая дорожно-транспортного происшествия; своевременное списание и обновление (закуп) автотранспорта в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации	
5	Санитарный автотранспорт используется строго по назначению, проводится инфекционный контроль-обработка поверхностей, уборка внутри автотранспорта	I
Параграф 3. Санитарная авиация. Санитарная авиация эффективно поддерживает реагирование на инциденты и необходимость транспортировки пациентов		
76. Санитарная авиация соответствует потребностям пациентов		
1	Руководством медицинской организации обеспечиваются необходимые ресурсы для эффективного предоставления неотложной помощи на ожидаемом уровне и вылета на место инцидента	I
2	Бригада санитарной авиации способна реагировать в разных клинических областях с использованием необходимого оборудования	I
3	Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи осуществляется бригадами (республиканский, специализированный и региональный уровни) в соответствии с потребностями пациентов	I
4	Объем медицинской помощи предоставляется в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи (клиническими протоколами, клиническими руководствами, алгоритмами) *	I
5	Все этапы предоставления медицинской помощи в форме санитарной авиации стандартизируются *	I
77. Санитарный авиатранспорт. Разрабатываются и внедряются процедуры по организации оказания медицинской помощи в форме санитарного авиатранспорта		
1	Воздушное судно санитарной авиации оснащено достаточным количеством оборудования и расходных материалов, необходимых для оказания скорой и неотложной помощи, как детям, так и взрослым	I
2	В салоне воздушного судна санитарной авиации имеются оборудованные места, для размещения пациентов, фиксации медицинской аппаратуры, газобаллонного оборудования обеспечивается их безопасное функционирование при транспортировке	I
3	В салоне воздушного судна санитарной авиации имеется достаточное пространство для осмотра, лечения пациента и свободного перемещения медицинского персонала, включая ситуации, критические по времени или ситуации, требующие медицинской помощи повышенной сложности	I
4	Клинический персонал, принимающий участие в транспортировке пациента, имеет возможность немедленно связаться с профильным специалистом	I
5	Непосредственную ответственность за пациента во время всего трансфера несет мобильная бригада санитарной авиации на борту	I
78. Обучение мобильной бригады санитарной авиации. Мобильная бригада санитарной авиации обучается ключевым аспектам предоставления аэромедицинской помощи и лечения пациентов		
1	Проводится обучение и тестирование знаний медицинского персонала организации по вопросам авиационной физиологии и медицинским услугам санитарной авиации	II
2	Проводится обучение персонала по организационным вопросам воздушно-транспортных услуг и управлению ресурсами бригады	II

3)	Обучение персонала организации вопросам безопасности в воздухе и ознакомление с оборудованием происходит на постоянной основе	II
4)	Проводятся обязательные специфические предполетные инструктажи	II
5)	Обучение охватывает, в том числе внештатный медицинский персонал, студентов, курсантов, резидентов	II

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

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

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

Приложение 4
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 июня 2018 года № 325
Приложение 4
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 02 октября 2012 года № 676

Стандарты аккредитации медицинских организаций восстановительного лечения и медицинской реабилитации

Глава 1: Руководство

№	Измеряемые критерии	Ранги
1. Орган управления медицинской организации. Функции Органа управления (Наблюдательный Совет, Совет директоров, учредитель (и)) медицинской организации прописаны в документах		
1)	Структура и функции Органа управления, включая делегированные первому руководителю (-ям) медицинской организации полномочия, прописаны в Уставе (Положении) медицинской организации **	III
2)	Члены Органа управления медицинской организации избираются в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	III
3)	Органом управления утверждены критерии и ежегодно проводится оценка работы первого руководителя (-лей) медицинской организации	III
4)	Медицинская организация ежеквартально предоставляет Органу управления отчеты о результатах основной деятельности, включая сведения об ошибках медицинского персонала, жалобах, случаях смерти и результатах проведенного анализа по упомянутым событиям **	II
5)	Ежегодная оценка работы Органа управления вышестоящим органом здравоохранения или вышестоящим учредителем и оценка первого руководителя (-лей) медицинской организации подтверждается документально. Орган управления, являющийся высшим уровнем управления медицинской организации, оценивает свою деятельность в виде ежегодной самооценки **	I

2. Стратегическое и операционное планирование. Руководители медицинской организации планируют услуги согласно потребностям населения

1)	В документе по стратегическому планированию (стратегия развития или стратегический план) (далее – стратегический план) излагаются миссия, видение, ценности, стратегические цели, задачи и индикаторы исполнения задач **	III
2)	Стратегический план медицинской организации разрабатывается с участием представителей структурных подразделений медицинской организации и согласуется Органом управления **	II
3)	На основании стратегического плана разрабатывается и утверждается годовой план медицинской организации **	II
4)	Руководство ежеквартально проводит мониторинг выполнения мероприятий годового плана организации (планов работы подразделений) и данных по индикаторам **	II
5)	Руководство планирует годовой бюджет и организует обеспечение медицинской организации необходимыми ресурсами для реализации производственных задач **	I

3. Производственное управление. Эффективное управление медицинской организации осуществляется в соответствии с ее миссией и основной деятельностью

1)	Миссия и видение медицинской организации являются доступными для ее персонала и населения	III
2)	Медицинская организация действует в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан и своевременно реагирует на результаты проверок уполномоченных органов ***	III
3)	Для каждого структурного подразделения утверждается положение о подразделении с описанием основных функций и списком оказываемых услуг *	III
4)	Руководители структурных подразделений отчитываются перед руководством медицинской организации о выполнении поставленных задач и достижении желаемых результатов по индикаторам (смотреть подпункты 1), 2) пункта 8 настоящего Стандарта) **	II
5)	Руководство медицинской организации проводит системную, плановую работу по предупреждению рисков (смотреть подпункты 1), 4), 5) пункта 9 настоящего Стандарта)	I

4. Организационная структура. Организационная структура соответствует миссии и деятельности организации

1)	Организационная структура представляется в виде схемы, утверждается руководством медицинской организации и доводится до сведения персонала организации **	III
2)	Функции и полномочия каждого структурного подразделения и всех ответственных лиц определяются и доводятся до сведения персонала	III
3)	В организационной структуре указывается должностное лицо, осуществляющее контроль сестринского ухода, должностное лицо, осуществляющее деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг, и (или) иные руководящие лица для реализации миссии медицинской организации	III
4)	В организационной структуре указывается должностное лицо, осуществляющее контроль эффективного управления финансовыми ресурсами	III
5)	Координация взаимодействия персонала структурных подразделений обеспечиваются положениями о подразделениях (где указаны функции подразделений), должностными инструкциями, правилами и процедурами организации, а также работой соответствующих комиссий медицинской организации	II

5. Этические нормы. Определяются и соблюдаются этические нормы организации

1)	В медицинской организации определяются этические нормы, которыми она руководствуется в своей деятельности, в том числе при принятии решений и определении правил поведения персонала	III

2)	Этический кодекс медицинской организации разрабатывается с участием представителей структурных подразделений медицинской организации и утверждается руководством *	III
3)	В медицинской организации создана Этическая комиссия для рассмотрения этических вопросов, возникающих при оказании медицинской помощи **	II
4)	В медицинской организации внедрен процесс выявления, своевременного анализа и принятия мер по этическим вопросам (решения о прекращении лечения, отказе в лечении и другие ситуации в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан) ***	I
5)	Персонал медицинской организации проходит обучение по вопросам этических норм в здравоохранении **	II
6. Культура безопасности (не карательная обстановка в коллективе, при которой безопасность пациента ставится выше профессиональной солидарности). Руководство организации внедряет и поддерживает культуру безопасности, поощряет выявление инцидентов и принимает системные меры по улучшению работы		
1)	Руководители и персонал медицинской организации обучены определениям: "культура безопасности", "инцидент", "потенциальная ошибка", "ошибка", "экстремальное событие", а также правилам оповещения и расследования инцидентов **	I
2)	В медицинской организации внедрен процесс обеспечения страхования (гарантирования) профессиональной ответственности медицинских работников, выполняющих процедуры и операции высокого риска (с высоким риском судебных исков) **	I
3)	В медицинской организации определены должностные лица ответственные за выявление, документирование и мониторинг инцидентов	I
4)	Внедрен процесс регистрации и оповещения об инцидентах в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации *	I
5)	В целях повышения качества услуг руководством медицинской организации принимаются системные действия, направленные на профилактику проблем и снижение рисков **	I
7. Управление качеством. В медицинской организации определяется должностное лицо, осуществляющее деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг, и утверждается программа или план, определяющие основные направления работы по улучшению качества оказания медицинских услуг		
1)	Должностное лицо медицинской организации, осуществляющее деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг, обладает необходимыми навыками и знаниями в области улучшения качества (смотреть подпункт 3) пункта 4 настоящего Стандарта) **	I
2)	Орган управления медицинской организации ежегодно утверждает программу или план мероприятий по непрерывному улучшению качества медицинских услуг и повышения безопасности пациента с участием всех подразделений медицинской организации *	II
3)	В документе по непрерывному улучшению качества медицинских услуг дается определение термина "экстремальное событие"	II
4)	Экстремальное событие подлежит обязательному расследованию и о его результатах информируются руководство медицинской организации, заинтересованный пациент (-ы), а также Орган управления медицинской организации (в квартальном отчете с указанием принятых мер) (смотреть подпункт 4) пункта 1 настоящего Стандарта)**	II
5)	Персонал медицинской организации обучается методам (инструментам) улучшения качества и надлежащему использованию статистических данных, полученных в результате мониторинга деятельности медицинской организации (смотреть подпункт 3) пункта 19 и подпункт 4) пункта 3 настоящего Стандарта)	I
8. Непрерывное повышение качества. В медицинской организации внедряется программа непрерывного повышения качества медицинских услуг и безопасности пациента		
	Руководство ежегодно участвует в определении приоритетных индикаторов повышения качества (далее – индикаторы) медицинских услуг и безопасности пациента, как в целом для медицинской организации, так и для отдельных структурных подразделений. Показатели по	

1)	достижению ключевых индикаторов включаются в квартальные отчеты медицинской организации об основной деятельности (смотреть подпункт 4) пункта 1 и подпункт 4) пункта 2 настоящего Стандарта) **	I
2)	Индикаторы структурных подразделений измеримы: разрабатываются формулы расчета (с определенным числителем и знаменателем, если применимо), определяются желаемые пороговые значения; проводятся сбор данных и анализ индикаторов **	I
3)	Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н Проводится клинический аудит медицинских карт, согласно утвержденным внутренним процедурам медицинской организации, соответствующим требованиям законодательством Республики Казахстан * Результаты клинического аудита используются при разработке мер по повышению качества медицинских услуг *	I
4)	Проводится анкетирование удовлетворенности пациентов в соответствии с законодательством Республики Казахстан. Результаты анкетирования учитываются при разработке мер по повышению качества медицинских услуг *	I
5)	На заседаниях соответствующих комиссий проводится разбор клинических случаев, результаты которого применяются для улучшения клинической деятельности	I
9. Управление рисками. В медицинской организации внедряется программа по управлению рисками		
1)	Медицинская организация имеет утвержденную программу по управлению рисками, которая включает следующие элементы: цель и задачи документа; образец реестра рисков и способ оценки рисков; утвержденное должностное лицо, осуществляющее деятельность по управлению рисками; требования по обучению персонала; виды рисков (стратегические, клинические, финансовые и прочие риски); образец плана действий по устранению рисков и требование разработать действие на каждый значительный риск; требование информировать заинтересованные стороны о рисках *	I
2)	Утвержденная программа по управлению рисками реализуется персоналом медицинской организации, который участвует в: выявлении рисков; сообщении о рисках; оценке и определении приоритетности рисков; анализе инцидентов (потенциальных ошибок, ошибок, экстремальных событий); составлении и реализации плана действий	I
3)	Руководители структурных подразделений и персонал медицинской организации осведомлены о возможных неблагоприятных событиях, которые могут возникнуть вследствие клинических, техногенных и организационных особенностей производственных процессов (далее – риски) в своих подразделениях	I
4)	Медицинская организация проводит непрерывную оценку рисков. Источники информации о рисках: инциденты, медицинский персонал, наблюдения, обзор документации, пациенты и их законные представители **	I
5)	Медицинская организация принимает меры по полноценной реализации мероприятий программы управления рисками, снижению или устранению рисков (ежегодно составляется, обновляется и корректируется план действий по снижению рисков) **	I
10. Клинические протоколы. Руководители медицинской организации контролируют применение и внедрение медицинским персоналом клинических протоколов		
1)	Руководством медицинской организации проводится мониторинг внедрения и применения клинических протоколов диагностики и лечения (далее – клинические протокола)	III
2)	В медицинской организации определены ответственные лица по мониторингу внедрения и применения клинических протоколов	I

3)	Мероприятия по мониторингу внедрения клинических протоколов осуществляются в рамках плановых мероприятий внутренней экспертизы в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан	II
4)	Проводится клинический аудит путем ретроспективного и (или) текущего анализа медицинских карт на предмет их соответствия требованиям клинических протоколов, основанных на доказательной медицине	I
5)	Результаты клинического аудита медицинских карт применяются для обратной связи с медицинским персоналом, обучения персонала и других мероприятий для повышения качества медицинских услуг в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации	I
11. Работа с населением. Медицинская организация вовлекает пациентов, население и персонал в планирование оказания медицинских услуг и способствует доступности оказываемых медицинских услуг для населения		
1)	Медицинская организация информирует население об оказываемых медицинских услугах и условиях (порядке) их получения, а также о любых изменениях в списке оказываемых медицинских услуг и условиях (порядке) их получения **	III
2)	Медицинская организация информирует население о качестве оказываемых медицинских услуг (индикатор "удовлетворенность пациента" и другие) **	III
3)	Медицинская организация постоянно поддерживает обратную связь с населением по оказываемым медицинским услугам через средства коммуникации (веб-сайт, социальные сети, телефон, call-центр)	III
4)	Медицинская организация участвует в программах по обучению населения здоровому образу жизни и профилактике заболеваний **	III
5)	В соответствии с утвержденными процедурами медицинская организация планирует оказание медицинских услуг с учетом потребностей населения	II

Глава 2: Управление ресурсами

12. Управление финансами. Финансовые ресурсы медицинской организации используются эффективно для реализации плановых задач		
1)	Бюджет медицинской организации соответствует поставленным задачам стратегического и операционного (годового) планов работы (смотреть подпункты 2), 3) пункта 2 настоящего Стандарта)	II
2)	Бюджет организации составляется на основании заявок руководителей подразделений	III
3)	Бюджет позволяет обеспечивать медицинскую организацию необходимыми ресурсами для осуществления деятельности и пересматривается в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации (смотреть подпункт 5) пункта 2 настоящего Стандарта)	III
4)	Для экстренного приобретения лекарственных средств и изделий медицинского назначения, отсутствующих в медицинской организации, имеется договор их внепланового закупа **	II
5)	Медицинские услуги, осуществляемые на платной основе, оказываются на основании утвержденного прейскуранта цен, доступного населению **	II
13. Финансовый аудит и бухгалтерский учет. Управление финансовыми ресурсами организации проводится в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан		
1)	Существует система или процесс внутреннего финансового контроля	II
2)	Внешний государственный аудит и внешний аудит медицинской организации проводится в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	III

3	Бухгалтерский учет основывается на достоверной финансовой информации обо всех источниках доходов и расходов, обеспечивает своевременные и точные финансовые отчеты для принятия решений. Бухгалтерский учет ведется с применением признанных автоматизированных программ **	III
4	Прибыли, убытки и расходы на медицинские услуги регулярно отслеживаются в сравнении с бюджетами и предоставляются первому руководителю в виде ежеквартальных финансовых отчетов **	III
5	Бухгалтерские отчеты своевременно направляются в налоговые органы и органы государственной статистики	II
14. Фонд оплаты труда. Оплата труда персонала осуществляется своевременно и с учетом дифференцированного вклада работника в производительность организации		
1	Оплата труда персонала медицинской организации осуществляется на основании утвержденного положения, согласованного с Органом управления (далее – Положение) *	III
2	При оплате труда персонала медицинской организации на основе дифференцированной системы оплаты, в Положении предусмотрены индикаторы для определения производительности труда персонала, утвержденные руководством медицинской организации в соответствии с законодательством Республики Казахстан *	III
3	При дифференцированной оплате труда периодически проводится определение производительности работников на основании утвержденных индикаторов **	III
4	Оплата труда персоналу, перечисления в пенсионный фонд и другие обязательные отчисления осуществляются своевременно **	III
5	Оплата труда персоналу осуществляется на основе утвержденной медицинской организацией организационной структуры, штатного расписания **	II
15. Информационное управление. Создаются надлежащие условия для эффективного управления данными		
1	В медицинской организации имеется достаточное количество технических средств, обеспечивающих потребности медицинского персонала при работе с медицинской и административной информацией, своевременного и полного ввода данных в локальную информационную систему медицинской организации	III
2	Руководство обеспечивает доступ медицинских работников к сети интернет для своевременного получения и обмена информацией, необходимой в работе	III
3	Руководство медицинской организации обеспечивает доступность действующих нормативных правовых актов и правовых актов Республики Казахстан персоналу организации	III
4	Руководство медицинской организации создает условия для ведения медицинских карт в электронном формате	III
5	Медицинская организация утверждает процедуры управления документацией в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
16. Защита информации. Медицинская организация обеспечивает конфиденциальность, безопасность и целостность информации		
1	В медицинской организации определены уровни доступа персонала к конфиденциальной информации *	II
2	Информация на бумажном и электронном носителях защищается от повреждения, утери и неавторизованного доступа (несанкционированное проникновение в автоматизированную информационную систему) *	II
3	В соответствии с законодательством Республики Казахстан в медицинской организации обеспечивается конфиденциальность информации о пациенте ***	I
4	Персонал обучается правилам по защите и неразглашению конфиденциальной информации	III

5	В медицинской организации определены сроки хранения и порядок уничтожения медицинских и немедицинских документов, в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
17. Внутренние документы. Руководство совместно с персоналом разрабатывает, утверждает и внедряет процедуры медицинской организации, регламентирующие ее деятельность		
1	Утвержден порядок разработки, согласования, утверждения и оформления, пересмотра процедур организации *	III
2	Составляется и обновляется список всех действующих внутренних процедур организации **	III
3	Руководство организации обеспечивает доступность для персонала информации о действующих процедурах организации	III
4	Проводится обучение персонала медицинской организации по утвержденным процедурам организации	III
5	Персонал осуществляет свою деятельность в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации	II
18. Медицинская документация. Медицинская документация составляется своевременно и способствует преемственности медицинской помощи		
1	В медицинских картах применяются формы медицинской документации согласно законодательству Республики Казахстан и лучшей мировой практики ***	III
2	Содержание медицинской карты стандартизируется в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации. Каждая запись в медицинской карте подписывается автором с указанием даты и времени *	I
3	Все проведенные лечебные мероприятия и медикаментозная терапия своевременно документируются в медицинской карте пациента *	I
4	В медицинских картах используются аббревиатуры, символы из списка, утвержденного руководством медицинской организации * Записи в медицинских картах написаны и оформлены разборчиво	III
5	В медицинской организации проводится клинический аудит качества, своевременности и полноты записей в медицинских картах (смотреть подпункт 3) пункта 8 настоящего Стандарта) *	I
19. Анализ данных. Проводится проверка достоверности данных и их статистический анализ		
1	Утверждена процедура проверки достоверности публикуемых и предоставляемых во внешние организации данных **	III
2	Ответственные лица, выполняющие проверку достоверности данных, обучены, имеют достаточный опыт и компетенцию **	III
3	При мониторинге новых индикаторов проводится проверка достоверности полученных данных вторым лицом *	III
4	Свод данных по индикаторам для включения в квартальные отчеты для руководства осуществляется ответственным работником (смотреть подпункт 4) пункта 1 и подпункт 4) пункта 2 настоящего Стандарта) **	III
5	При отсутствии специального подразделения определяются ответственные лица по статистическому анализу собираемых данных и своевременному предоставлению их заинтересованным сторонам **	II
20. Штатное расписание. Штатное расписание соответствует организационной структуре, миссии и деятельности медицинской организации		
1	Штатное расписание медицинской организации утверждается руководством медицинской организации в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
2	Штатное расписание соответствует организационной структуре и деятельности медицинской организации	III

3	В медицинской организации утверждаются квалификационные требования к должностям в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
4	Пересмотр штатного расписания руководством медицинской организации проводится на основании заявок руководителей структурных подразделений, анализа соответствия штатного расписания производственным нуждам (определение уровня укомплектованности персоналом; необходимого уровня стажа и компетентности; расчет эффективной и рациональной структуры должностей персонала) ***	III
5	На каждый вид должности, включая внештатных работников, совместителей, консультантов, слушателей резидентуры, руководством медицинской организации утверждается должностная инструкция с указанием квалификационных требований (образование, обучение, знания, навыки и опыт) и функций, специфичных для данной должности **	II
21. Управление человеческими ресурсами. В медицинской организации внедрен процесс эффективного управления человеческими ресурсами		
1	Процедуры по поиску, инструктажу (ориентации) и адаптации персонала разрабатываются в соответствии с законодательством Республики Казахстан и внедряются в медицинской организации ***	III
2	Персонал медицинской организации соответствует квалификационным требованиям должностной инструкции к занимаемой должности. Копия подписанной персоналом должностной инструкции имеется в кадровой службе	III
3	Руководители создают условия для непрерывного обучения персонала медицинской организации (доступ в интернет, компьютеры, тренинговый класс, библиотека)	III
4	Определяются потребности персонала в обучении. Обучение проводится на базе или вне медицинской организации	III
5	Руководством разрабатываются и внедряются процедуры для мотивации персонала медицинской организации и укрепления корпоративного духа (смотреть подпункты 1) и 5) пункта 6 и подпункт 5) пункта 14 настоящего Стандарта)	II
22. Личное дело персонала. Руководством медицинской организации установлен процесс формирования, хранения и обновления личных дел персонала		
1	Личные дела персонала медицинской организации хранятся в соответствии с утвержденными внутренними процедурами медицинской организации. Содержание личных дел стандартизировано	II
2	Личные дела медицинского персонала, включая внештатных работников, совместителей, консультантов, слушателей резидентуры содержат сертификат специалиста, сведения об образовании, трудовом стаже и квалификации персонала	I
3	Личное дело каждого медицинского работника содержит доказательство проверки подлинности у первоисточника документов об образовании работника, в соответствии с требованиями должностной инструкции	I
4	Личное дело каждого медицинского работника содержит результаты оценки деятельности персонала, проводимые один раз в год	II
5	Личное дело каждого медицинского работника содержит записи о проведении обучения на базе медицинской организации и вне организации	III
23. Инструктаж. Медицинская организация проводит инструктаж каждого работника для ознакомления с организацией		
1	В медицинской организации разрабатываются и используются учебные материалы (письменные и (или) видеоматериалы) для проведения инструктажа	III
2	Все штатные и внештатные медицинские работники, совместители, консультанты, студенты, слушатели резидентуры, лица, обучающиеся на базе медицинской организации, проходят инструктаж и обучение для ознакомления с медицинской организацией, со своими должностными обязанностями (для работников) и основными требованиями по безопасности **	III

3	Инструктаж персонала включает противопожарную безопасность, готовность к чрезвычайным ситуациям и соблюдение правил техники безопасности на рабочем месте	III
4	Инструктаж персонала включает вопросы инфекционного контроля и требования по безопасной работе с медицинским оборудованием	III
5	Инструктаж персонала медицинской организации включает ознакомление с программой повышения качества медицинской помощи и безопасности пациента	II
24. Оценка клинических навыков. Проводится оценка знаний и клинических навыков клинического персонала в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации		
1	При трудоустройстве проводится оценка клинических навыков врача и утверждается список его клинических привилегий (перечень операций и процедур высокого риска, выполнение которых разрешено врачу в данной медицинской организации)	II
2	При трудоустройстве проводится оценка навыков среднего медицинского персонала и утверждаются персональные списки компетенций в соответствии с процедурами медицинской организации	III
3	При трудоустройстве проводится оценка навыков персонала параклинических структурных подразделений медицинской организации	II
4	Один раз в три года или чаще проводится процедура пересмотра клинических привилегий врача с учетом оценки деятельности врача, его текущей квалификации (знаний, образования, навыков и опыта), исходов лечения, в том числе неблагоприятных исходов и других сведений * При несоответствии компетенции врача требованиям должностной инструкции, показателям работы или уровню квалификации, рассматривается вопрос отстранения врача от клинической практики в данной организации (ограничение привилегий) или направление на обучение или менторство	II
5	В медицинской организации ежегодно проводится переоценка компетенций персонала, параклинических структурных подразделений и средних медицинских работников	I
25. Ежегодная оценка персонала. Один раз в год проводится оценка работы медицинского персонала, в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации		
1	Утверждаются процедуры оценки и форма оценки медицинских работников. Форма оценки врача клинической специальности (врач, который проводит осмотр или лечение пациента) включает критерии: лечение и уход (врач оказывает эффективную и целесообразную медицинскую помощь); клинические знания (врач владеет нужными знаниями, применяет эти знания в работе); повышение квалификации (врач улучшает свою клиническую практику и знания); личные качества и коммуникабельность (врач поддерживает профессиональные взаимоотношения с пациентами и коллегами); этическая практика (врач относится к пациенту с состраданием, уважением к пациентам из разных социальных и культурных слоев); системное мышление (врач проявляет активность и гибкость в использовании нужных ресурсов); бережливое отношение к ресурсам (врач целесообразно и своевременно назначает лекарственные средства, исследования, консультации)	III
2	При оценке врачей, среднего медицинского персонала и других работников, перечень которых определен медицинской организацией, учитываются установленные показатели работы (индикаторы деятельности) и эти показатели содержатся в личных делах	II
3	Заполненная форма оценки персонала хранится в личном деле. Персонал организации ознакомлен с результатами оценки его работы	III
4	На основании результатов оценки определяется соответствие персонала занимаемой должности согласно требованиям законодательством Республики Казахстан ***	III
5	Проводится оценка профессиональных компетенций персонала (смотреть подпункты 4), 5) пункта 24 настоящего Стандарта)	II

26. Здоровье и безопасность персонала. Здоровье и безопасность персонала медицинской организации поддерживаются в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***

1)	Медицинская организация предоставляет (или обеспечивает) персоналу идентификационные бейджи, необходимую защитную одежду, средства индивидуальной защиты и защитное оборудование (включая средства для радиационной безопасности)	I
2)	Медицинская организация проводит оценку безопасности рабочих мест в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	III
3)	Медицинская организация проводит мониторинг рабочей нагрузки, оказывает психологическую поддержку персоналу для минимизации стресса и его контроля (антистрессовая комната, комната духовного уединения и другие) *	II
4)	Медицинская организация создает условия и проводит мероприятия для персонала по продвижению здорового образа жизни (спортивные мероприятия, мероприятия направленные против табакокурения и другие) **	I
5)	Медицинская организация обеспечивает защиту персонала от вредных и (или) опасных производственных факторов и принимает меры по предотвращению производственного травматизма **	I

27. Внештатные работники. Персонал, не состоящий в штатном расписании организации (внештатный персонал), имеет соответствующее предоставляемыми ими медицинскими услугами образование и квалификацию

1)	Внештатный персонал соответствует квалификационным требованиям, предъявляемым руководством медицинской организации. Копия договора на оказание услуг имеется в кадровой службе (смотреть подпункт 2) пункта 21 и подпункт 1) пункта 22 настоящего Стандарта) **	III
2)	Личное дело внештатного персонала содержит доказательство проверки подлинности у первоисточника документов об образовании (смотреть подпункт 2) пункта 21 настоящего Стандарта) **	III
3)	При трудоустройстве проводится оценка клинических навыков внештатного медицинского персонала и утверждается список клинических привилегий или список компетенций в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации (смотреть подпункты 1), 2), 3) пункта 24 настоящего Стандарта) **	III
4)	Один раз в год проводится оценка качества работы внештатного персонала, результаты оценки хранятся в личном деле (смотреть пункт 25 настоящего Стандарта) **	III
5)	Результаты оценки качества работы внештатного персонала применяются для повышения качества услуг медицинской организации	I

28. Мониторинг договоров. Руководители медицинской организации контролируют качество предоставляемых по договору услуг и товаров

1)	Руководителем медицинской организации определяются ответственные лица по курации договоров о закупке товаров или услуг для медицинской организации	II
2)	В каждом договоре прописываются требования к поставщикам, объему и качеству предоставляемых услуг или товаров **	I
3)	В каждом договоре прописываются индикаторы, на основании которых медицинская организация проводит мониторинг договора и оценку качества услуг или товаров поставщика **	II
4)	Результаты мониторинга договоров на основе установленных индикаторов доводятся до сведения руководства медицинской организации (смотреть подпункт 1) пункта 28 настоящего Стандарта) **	II
5)	При несоответствии качества услуг или товаров поставщика требованиям медицинской организации, принимаются меры по устранению несоответствий вплоть до расторжения договора с поставщиком	I

Глава 3: Управление безопасностью

Параграф 1. Инфекционный контроль

29. Комиссия по инфекционному контролю. Комиссия по инфекционному контролю координирует выполнение программ и алгоритмов по инфекционному контролю		
1	Медицинская организация проводит анализ результатов инфекционного контроля и эпидемиологической обстановки за год, включающий оценку эпидемиологических рисков **	I
2	На основании оценки эпидемиологических рисков руководством медицинской организации разрабатываются и утверждаются программа инфекционного контроля и план работы (план мероприятий) по инфекционному контролю на предстоящий календарный год, включающие достижимые и измеримые задачи по снижению рисков **	III
3	Проводится мониторинг инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (внутрибольничные инфекции), в том числе связанных с использованием дыхательной аппаратуры, применением катетеров, а также вызванных резистентными микроорганизмами и другими приоритетными для организации инфекциями **	I
4	Комиссия по инфекционному контролю проводит анализ данных по внутрибольничным инфекциям и на их основании принимает меры для повышения инфекционной безопасности пациента **	II
5	Не реже одного раза в квартал специалисты инфекционного контроля/члены комиссии инфекционного контроля информируют персонал и руководство организации о результатах мониторинга индикаторов инфекционного контроля, и о рекомендациях для улучшения деятельности медицинской организации по вопросам инфекционного контроля	I
30. Программа по инфекционному контролю. В медицинской организации разрабатывается и внедряется программа по инфекционному контролю		
1	Программа по инфекционному контролю разрабатывается и внедряется в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	III
2	При разработке программы по инфекционному контролю учитываются рекомендации ВОЗ или других профессионально признанных источников, основанных на доказательной медицине *	III
3	Результаты инфекционного контроля своевременно предоставляются в территориальные департаменты Комитета охраны общественного здоровья уполномоченного органа в области здравоохранения в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	III
4	Руководство предоставляет необходимые ресурсы для эффективного выполнения программы инфекционного контроля	II
5	Руководством медицинской организации утвержден ответственный персонал за своевременное предоставление результатов инфекционного контроля в уполномоченный орган в области здравоохранения	II
31. Процедуры по инфекционному контролю. Медицинская организация разрабатывает, утверждает и внедряет процедуры и алгоритмы в области инфекционного контроля		
1	В медицинской организации внедряются алгоритмы по универсальным мерам предосторожности, применению средств индивидуальной защиты *	II
2	Процедуры и алгоритмы медицинской организации в области инфекционного контроля разрабатываются в соответствии с законодательством Республики Казахстан*	II
3	В медицинской организации в наличии имеется достаточное количество средств индивидуальной защиты (смотреть подпункт 5) пункта 30 настоящего Стандарта)	II
4	В местах обработки рук установлены раковины с проточной водой, мылом, антисептиками, салфетками или другими средствами для сушки рук (смотреть подпункт 5) пункта 30 настоящего Стандарта)	I
5	Средства индивидуальной защиты используются персоналом в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации	I
32. Дезинфекция, стерилизация и прачечная. Чистка (уборка), дезинфекция, стерилизация и обращение с бельем проводятся с минимизацией риска инфекций в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан ***		

1	Персонал медицинской организации соблюдает требования законодательства в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Республике Казахстан по чистке (уборке), дезинфекции помещений и поверхностей	I
2	Одноразовые изделия утилизируются (исключается повторное использование) после использования в соответствии с утвержденными процедурами организации и требованиями законодательства Республики Казахстан *	I
3	Дезинфекция и стерилизация изделий медицинского назначения проводится с минимизацией риска инфекций, с соблюдением поточности процесса от "грязной" к "чистой" зоне. Персонал соблюдает этапность проведения стерилизации (сбор, транспортировка, учет, укладка, предстерилизационная очистка, стерилизация, упаковка, маркировка, доставка, хранение инструментов) *	I
4	Качество предстерилизационной очистки и стерилизации контролируется с применением химических и (или) биологических индикаторов**	I
5	Обращение с чистым и грязным бельем, стирка белья проводится с минимизацией риска кросс-инфекции. Персонал соблюдает процедуры по обращению с бельем (сбор, транспортировка, передача, стирка, глажка, учет, раздача, применение) *	I
33. Медицинские отходы. Организация обеспечивает безопасное обращение с отходами		
1	В медицинской организации внедряется процедура по безопасному обращению с медицинскими отходами, включая обращение с острыми, колющими и режущими изделиями медицинского назначения, классификация всех отходов, образуемых в медицинской организации, а также их своевременная утилизация *	I
2	Помещение для централизованного сбора опасных медицинских отходов соответствует требованиям законодательства Республики Казахстан (используются закрытые мусорные контейнеры, достаточная вентиляция воздуха, соблюдается температурный режим)	I
3	Отходы утилизируются безопасным образом в соответствии с законодательством Республики Казахстан * * *	I
3	Острые, колющие и режущие предметы утилизируются в специальных контейнерах для безопасного сбора и утилизации отходов	I
4	Остатки и компоненты крови, биологические жидкости, ткани организма хранятся и утилизируются с минимизацией риска инфицирования в маркированных контейнерах, согласно классификации отходов, с соблюдением температурного режима и сроков временного хранения	I
5	Медицинский персонал обучается процедурам по обращению с опасными медицинскими отходами и соблюдает их на практике **	I
34. Пищеблок. Медицинская организация минимизирует риск инфекций при приготовлении пищи		
1	Обращение с продуктами питания на всех этапах соответствует требованиям законодательства Республики Казахстан и обеспечивается их сохранность и безопасность ***	I
2	Продукты питания хранятся с соблюдением требований норм санитарно-эпидемиологического благополучия населения Республики Казахстан, включая температурный режим, влажность, защиту от света, вентиляцию, сроки хранения, товарное соседство, наличие документов, подтверждающих происхождение, качество и безопасность, соблюдение условий, исключающих их загрязнение и порчу, а также попадание в них посторонних предметов и веществ *	I
3	Технологические процессы приготовления пищи происходят с соблюдением требований норм санитарно-эпидемиологического благополучия населения Республики Казахстан, включая температурный режим, деление на зоны (сырая, готовая продукция), маркировку разделочного инвентаря, оборудования и тары, отдельную обработку готового и сырого пищевых продуктов	I
4	Проводится обработка продуктов питания, поверхностей, посуды и других мест приготовления, обработки и хранения пищи, а также вспомогательных помещений пищеблока, для предотвращения кросс-инфекций в пищеблоке в соответствии с санитарно - эпидемиологическими требованиями	I
	Персонал пищеблока медицинской организации проходит медицинский осмотр, профессиональную подготовку (квалификацию, специальность), соответствующую характеру выполняемых работ, а	

5	также обучение и аттестацию в области соблюдения требований норм санитарно-эпидемиологического благополучия населения Республики Казахстан, обеспечивающих безопасность производства пищевых продуктов **	I
35. Инженерные системы и ремонтные работы. Инфекционный контроль поддерживается инженерными системами. Требования инфекционного контроля соблюдаются при проведении ремонтных работ		
1	В местах, где необходима асептическая рабочая зона, (микробиологическая, патологоанатомическая лаборатории) в медицинской организации устанавливается специализированное лабораторное оборудование (ламинарные боксы)	II
2	Фильтр с отдельным входом и (или) изолятор с боксом для изоляции пациентов с инфекцией оснащены в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан ***	I
3	В медицинской организации при проведении ремонтных и строительных работ соблюдаются процедуры по инфекционному контролю по определению уровня рисков в зависимости от масштаба и вида работ *	I
4	Лица, осуществляющие ремонтные работы, обучаются по вопросам инфекционного контроля	II
5	Для предотвращения инфицирования пациентов и персонала в результате ремонтно-строительных работ, их производство письменно согласуется с ответственным лицом инфекционного контроля медицинской организации **	II
36. Обучение персонала по вопросам инфекционного контроля. Медицинская организация проводит непрерывное обучение персонала по инфекционному контролю		
1	Ежегодно весь персонал медицинской организации проходит обучение по вопросам инфекционного контроля **	III
2	Знания персонала медицинской организации по инфекционному контролю тестируются ежегодно	III
3	Дополнительное обучение по инфекционному контролю проводится для студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации	II
4	Проводится обучение пациентов, законных представителей пациента по вопросам инфекционного контроля	II
5	В случае ухудшения показателей индикаторов мониторинга инфекционного контроля, в медицинской организации проводится дополнительное обучение медицинского персонала (смотреть пункт 5) пункта 29 настоящего Стандарта) по вопросам инфекционного контроля	II
Параграф 2. Безопасность здания		
37. Комиссия по безопасности зданий. В медицинской организации внедряется Программа по безопасности зданий, выполнение которой координирует Комиссия по безопасности зданий		
1	Создается и работает Комиссия по безопасности зданий, которая координирует действия по поддержанию безопасности зданий и окружающей среды **	III
2	Программа по безопасности зданий разрабатывается на основе законодательства Республики Казахстан и включает разделы: безопасность окружающей среды и система охраны, пожарная безопасность, готовность к чрезвычайным ситуациям, обращение с опасными материалами, медицинское оборудование, коммунальные (инженерные) системы *	III
3	Программа по безопасности зданий пересматривается ежегодно с определением приоритетных на каждый год направлений работы *	III
4	Ежеквартально руководитель медицинской организации получает отчет от Комиссии по безопасности зданий или должностного лица, ответственного за выполнение Программы по безопасности зданий, с указанием проведенных ключевых работ и существующих проблемах (рисков) безопасности зданий и окружающей среды **	II
	Руководитель медицинской организации ежегодно направляет отчет в Орган управления медицинской организации о выполнении Программы по безопасности зданий с указанием	

5	проведенных ключевых работ и существующих проблем (рисков) безопасности зданий и) окружающей среды. В случае если Орган управления и руководитель медицинской организации являются одним лицом, то отчет предоставляет Комиссия по безопасности здания или должностное лицо, ответственное за выполнение Программы по безопасности зданий **	II
38. Безопасность окружающей среды. Здание (я) и территория медицинской организации являются безопасными и комфортными для пациентов, персонала и посетителей *		
1	Состояние здания(й) и территории медицинской организации соответствуют требованиям) законодательства Республики Казахстан ***	I
2	Случаи производственного травматизма и другие подлежащие отчетности сведения сообщаются в) уполномоченные органы	I
3	Комиссия по безопасности зданий ежеквартально инспектирует (тестирует) здания и помещения,) инженерные системы и оборудование с последующим документированием результатов проведенной инспекции	III
4	Здания и помещения, инженерные системы, оборудование и прочие предметы регулярно) обновляются и поддерживаются на безопасном уровне	III
5	При обнаружении значительных рисков для персонала, пациентов, посетителей или для) окружающей среды, руководство медицинской организации предпринимает надлежащие действия по выделению средств, информированию заинтересованных сторон и снижению выявленных рисков	I
39. Охрана и защита. Обеспечивается охрана и защита здания и территории медицинской организации*		
1	Медицинский персонал, внештатные и контрактные работники, студенты, слушатели резидентуры,) лица, обучающиеся на базе медицинской организации, идентифицируются в соответствии с процедурами медицинской организации (смотреть подпункт 1) пункта 26 настоящего Стандарта)	III
2	Сотрудниками охранной службы проводится мониторинг (видеонаблюдение и обход) здания и) территории с целью охраны и защиты	II
3	Документируются обход (инспекция) здания и передача дежурств между сотрудниками охранной) службы **	III
4	Ограничивается вход посторонних лиц в дневной стационар и режимные отделения (зоны контроля) инженерных, коммунальных систем и другие)	I
5	Сотрудники охранной службы обучаются действиям при чрезвычайных ситуациях (при кодах по) безопасности), а также оказанию первой помощи **	II
40. Пожарная безопасность. Внедряется программа по снижению пожарного риска и задымления*		
1	Функционирует система раннего выявления пожара, в наличии исправные средства для) пожаротушения, которые регулярно инспектируются и при необходимости обновляются	II
2	Инспекция, тестирование и поддержание средств и систем для раннего выявления и тушения пожара) документируются **	I
3	Для безопасной эвакуации из здания при пожаре и других чрезвычайных ситуациях пути эвакуации) поддерживаются в свободном состоянии. В наличии имеются информационные и указательные знаки (указатели выхода, размещения пожарного инвентаря и гидрантов), схемы эвакуации	II
4	Для ограничения распространения дыма и огня устанавливаются противопожарные двери,) используются огнеупорные материалы, минимизируется использование возгораемых материалов	II
5	С персоналом медицинской организации ежегодно проводятся практические учения по действиям) при пожаре и задымлении (смотреть подпункт 2) пункта 47 настоящего Стандарта) **	II
41. Другие чрезвычайные ситуации. Внедряется программа по снижению риска прочих чрезвычайных ситуаций		
1	Медицинская организация определяет значимые для региона виды чрезвычайных ситуаций в виде) оценки рисков с указанием вероятности возникновения, уровня разрушительной силы (последствий) и степени готовности организации к значимым для региона видам чрезвычайных ситуаций **	III

2)	На основе оценки рисков по чрезвычайным ситуациям в годовом плане мероприятий определяются приоритетные направления работы **	III
3)	Выделяются ресурсы для улучшения готовности организации к чрезвычайным ситуациям	III
4)	В медицинской организации ежегодно проходят практические учения персонала по принимаемым действиям при чрезвычайных ситуациях: оказание экстренной медицинской помощи, готовность использования альтернативных источников воды и электричества, проверка готовности системы оповещения, (смотреть подпункт 3) пункта 46 настоящего Стандарта)**	III
5)	По окончании практического обучения по действиям при чрезвычайных ситуациях, проводится анализ результатов проведенного обучения, с разработкой плана мероприятий по улучшению несоответствий и поддержке непрерывного улучшения **	II
42. Опасные материалы и отходы. Обращение с опасными материалами и отходами осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан, и обеспечивается безопасность людей и окружающей среды***		
1)	Определяется список всех опасных материалов и отходов медицинской организации с указанием названий (состава), мер предосторожности и мер первой помощи при аварийных ситуациях, мест хранения, максимально допустимого объема хранения и применимых для маркировки предупреждающих знаков (смотреть пункт 33 настоящего Стандарта)	II
2)	Прописываются требования к обращению с опасными материалами, включая их маркировку, хранение, ношение защитных средств при работе, транспортировке, утилизации *	II
3)	Все опасные материалы и отходы маркируются с указанием названия (состава), срока годности и применимых предупреждающих знаков	II
4)	В местах применения опасных материалов имеется доступная информация по мерам предосторожности и алгоритмам оказания первой медицинской помощи	I
5)	Медицинский персонал обучается действиям при разлинии опасного материала, включая быстрый сбор (обеззараживание) и сообщение об инциденте ответственным должностным лицам	I
43. Медицинское оборудование. Безопасность медицинского оборудования обеспечивается путем тестирования, калибровки, поддержания в рабочем состоянии и обучения персонала		
1)	Внедряется программа по обеспечению безопасности медицинского оборудования (смотреть подпункт 2) пункта 38 настоящего Стандарта)*	III
2)	Определяется список и ведется учет всего медицинского оборудования	III
3)	Проводится и документируется профилактическое обслуживание, тестирование, калибровка, поддержание, ремонт медицинского оборудования: профилактическое обслуживание каждой единицы оборудования проводится с частотой согласно инструкции производителя или чаще; частота профилактического обслуживания прописана в документах медицинской организации; график профилактического обслуживания оборудования составляется ежегодно **	I
4)	Проводится обучение персонала безопасной работе с медицинским оборудованием в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации. Обученный и компетентный персонал допускается к работе с медицинским оборудованием *	III
5)	Внедряется система оповещения пользователей и принятия мер при отзыве, поломке и прочих случаях, связанных с медицинским оборудованием (например, риск возгорания) *	I
44. Коммунальные системы. Коммунальные и инженерные системы в медицинской организации соответствуют требованиям законодательства Республики Казахстан***		
1)	Руководством медицинской организации определяется порядок и частота инспекций, тестирования и поддержания коммунальных и инженерных систем *	III
2)	Функционирование коммунальных и инженерных систем контролируется, поддерживается и улучшается	III

3	Проводится мониторинг системы вентиляции с документированием результатов проведенного мониторинга	III
4	Для предупреждения пылевого загрязнения в системе вентиляции устанавливаются фильтры, которые меняются с частотой согласно рекомендации производителя	III
5	Коммунальные и инженерные системы маркируются для облегчения частичного или полного отключения при чрезвычайных ситуациях	I
45. Вода и электричество. В медицинской организации обеспечивается непрерывный доступ к воде и электричеству, включая их альтернативные источники		
1	В медицинской организации питьевая вода является доступной круглосуточно в любое время года	III
2	В медицинской организации электричество является доступным круглосуточно в любое время года	III
3	В медицинской организации определяются зоны и услуги, для которых наиболее важно водоснабжение и электроснабжение из альтернативных источников **	II
4	Альтернативные источники водоснабжения тестируются ежеквартально **	III
5	Альтернативные источники электроснабжения тестируются ежеквартально, имеется необходимый запас топлива для выработки электричества из альтернативного источника **	II
46. Обучение персонала по безопасности зданий. Проводится обучение, тестирование знаний персонала медицинской организации для поддержания безопасности зданий и окружающей среды		
1	Персонал медицинской организации обучается правилам обращения с опасными материалами	II
2	Персонал медицинской организации обучается действиям при пожаре, включая сообщение о пожаре, навыкам применения огнетушителей и эвакуации пациентов	II
3	Персонал медицинской организации обучается работе с оборудованием и коммунальными (инженерными) системами, включая действия при чрезвычайных ситуациях (смотреть подпункт 4) пункта 43 настоящего Стандарта)	II
4	Штатный и внештатный персонал, студенты, слушатели резидентуры, лица, обучающиеся на базе медицинской организации, арендаторы помещений, волонтеры и посетители обучаются правилам безопасности при нахождении в здании и на территории медицинской организации	III
5	Ежегодно, в соответствии с утвержденными руководством медицинской организации процедурами, проводится тестирование знаний персонала по правилам безопасности при нахождении в здании и на территории медицинской организации	I
Параграф 3. Безопасность лекарственных средств и изделий медицинского назначения		
47. Управление лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения. В медицинской организации обеспечивается безопасное обращение с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в организации		
1	Обращение с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
2	Ежегодно проводится анализ системы управления оборотом лекарственных средств и изделий медицинского назначения, включающий: планирование и закуп; хранение; врачебные назначения; приготовление или разведение; введение лекарственных средств пациенту; мониторинг лечебного эффекта**	II
3	Проводится анализ системы управления лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, включающий оценку рисков (выявление проблем или зон высокого риска, связанных с использованием лекарственных средств) **	II
	Разрабатываются и внедряются процедуры, описывающие каждый этап управления лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения: планирование и закуп; хранение; врачебные	

4	назначения; приготовление или разведение; введение лекарственных средств пациенту; мониторинг) эффекта лекарственных средств *	I
5	Создается и функционирует формулярная комиссия, рассматривающая вопросы управления лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, включая утверждение формулярного списка **	I
48. Хранение лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Лекарственные средства и изделия медицинского назначения хранятся безопасно и надлежащим образом		
1	Все лекарственные средства и изделия медицинского назначения хранятся с указанием названия (содержания), срока годности в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан **	II
2	Лекарственные средства и изделия медицинского назначения хранятся с соблюдением температурного режима, влажности и прочих условий, в соответствии с требованиями к их хранению	II
3	Наркотические и другие лекарственные средства, подлежащие строгому учету и контролю, хранятся) в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
4	Внутренние правила медицинской организации обеспечивают сохранность лекарственных средств и) изделий медицинского назначения от утери и кражи	II
5	Персоналом аптеки/утвержденными должностными лицами проводится контроль всех мест хранения лекарственных средств и изделий медицинского назначения в медицинской организации) для обеспечения хранения лекарственных средств в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан **	I
49. Особые случаи обращения с лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и их уничтожение. Прописываются особые случаи обращения с лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и их уничтожение		
1	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется соблюдение порядка выявления и уничтожения лекарственных средств и изделий медицинского назначения с истекшим сроком годности *	I
2	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется соблюдение порядка обращения лекарственных средств и изделий медицинского назначения приобретенных пациентом () личных, принесенных извне) *	I
3	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется порядок обращения с наборами лекарственных средств и изделий медицинского назначения для экстренных случаев () противошоковая укладка, противоэпидемическая укладка, реанимационный набор), включая их защиту от кражи и потери, своевременную проверку готовности набора и восполнение содержимого *	I
4	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется порядок отзыва) лекарственных средств и изделий медицинского назначения*	I
5	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется порядок обращения с) опасными лекарственными средствами *	I
50. Назначение лекарственных средств. Прописывается процесс назначения лекарственных средств и проверки назначений лекарственных средств		
1	Утверждены требования к назначению лекарственных средств, включая заполнение обязательной информации в листе назначений или рецепте: идентификация пациента; название лекарственных) средств (международное непатентованное или торговое наименование); доза; путь введения; кратность; длительность курса *	I
2	В медицинской организации разработана и утверждена руководством организации процедура) контроля правильности заполнения листов врачебных назначений или рецептов *	I
3	Разрабатываются и утверждаются руководством медицинской организации процедуры,) применяемые при устном назначении лекарственных средств в экстренных ситуациях *	I

4	Проводится проверка назначений лекарственных средств в текущих медицинских картах для выяснения обоснованности и полноты назначения	I
5	Проводится выборочный клинический аудит листов врачебных назначений в текущих и закрытых медицинских картах на предмет соблюдения процедур организации и безопасности пациента **	I
51. Приготовление лекарственных средств. Лекарственные средства готовятся в безопасной и чистой обстановке		
1	Лекарственные средства готовятся (разводятся, фасуются) в чистой и безопасной рабочей зоне с необходимым оборудованием и изделиями	I
2	Медицинский персонал, готовящий стерильные лекарственные средства обучаются принципам приготовления лекарственных средств и методам асептики **	I
3	Каждое лекарственное средство введенное пациенту и принятое пациентом документируется в листе назначений (или ином документе) с указанием времени и автора записи **	I
4	Безопасное введение лекарственных средств обеспечивается проверкой правильности пяти пунктов: тот ли это пациент, лекарственное средство, доза, путь введения, время и частота приема	I
5	Прописывается процесс самостоятельного введения пациентом лекарственных средств (ингалятор или инсулиновая ручка) *	III
52. Мониторинг и обучение обращения с лекарственными средствами. Проводится мониторинг эффекта лекарственных средств и периодическое обучение пациентов и персонала в зависимости от потребности		
1	Разрабатываются и утверждаются руководством медицинской организации процедуры по проведению мониторинга эффекта лекарственных средств и побочных эффектов **	I
2	Проводится обучение пациента по вопросам приема лекарственных средств, включая обучение по рекомендуемым лекарственным средствам после выписки **	I
3	В медицинской организации внедрен процесс выявления, сообщения и анализа потенциальных ошибок и ошибок (смотреть подпункт 3) пункта 6 настоящего Стандарта)	I
4	Для врачей и прочего персонала, вовлеченных в обращение с лекарственными средствами, имеется в доступе справочная информация по лекарственным средствам	I
5	В медицинской организации врачи, медицинские сестры и прочий персонал, вовлеченные в обращение с лекарственными средствами, обучаются по вопросам обращения с лекарственными средствами в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации **	I

Глава 4: Лечение и уход за пациентом

Параграф 1. Безопасность пациента		
53. Идентификация пациента. Безопасность пациента повышается через процесс идентификации пациента		
1	Руководством медицинской организации утверждается стандартная операционная процедура (далее – СОП) идентификации пациента, описывающая процесс идентификации пациента с применением не менее двух идентификаторов пациента *	I
2	Пациент идентифицируется в соответствии с СОП перед каждой процедурой, операцией, инъекцией, приемом лекарственного средства, взятием биоматериала и других ситуациях	I
3	Идентификация пациента облегчается путем использования идентификационного браслета с двумя идентификаторами, либо через другие альтернативные способы идентификации пациента, утвержденные руководством медицинской организации	I
4	Идентификаторы пациента присутствуют во всех формах медицинских карт и на всех контейнерах с биоматериалом пациента	I
5	Процесс идентификации пациента контролируется через индикаторы, которые применяются для повышения безопасности пациента. Индикаторы выбираются в зависимости от используемых способов идентификации пациента**	I

54. Эффективная передача информации. Безопасность пациентов повышается через стандартизированный процесс передачи устной и (или) телефонной информации

1)	Разрабатываются и внедряются СОП приема и передачи информации устно и (или) по телефону, где прописано, что получатель информации записывает и прочитывает сообщение вслух, сообщающее лицо подтверждает правильность сообщения	I
2)	Сообщения о критических результатах лабораторных и диагностических исследований, устные назначения лекарственных средств пациенту передаются согласно СОП приема и передачи информации устно и (или) по телефону *	I
3)	Медицинская организация устанавливает список критических значений для всех лабораторных и диагностических исследований (оказываемых медицинской организацией или переданных в аутсорсинг)	I
4)	Разрабатываются и внедряются СОП по передаче информации между медицинскими работниками при передаче ухода за пациентом, пациентами, лицами, осуществляющими уход за пациентом	I
5)	Процесс передачи устной и (или) телефонной информации при сообщении критических результатов лабораторных и диагностических исследований и процесс передачи пациента между организациями и службами контролируется через индикатор (-ы), которые применяются для повышения безопасности пациента *	I

55. Лекарственные средства высокого риска (лекарственные средства обладающих высоким риском развития побочного действия и нанесения значительного вреда здоровью пациента, а также лекарственные средства схожие с наименованиями либо упаковками других лекарственных средств). Безопасность пациентов повышается за счет стандартизированной маркировки и безопасного обращения с лекарственными средствами высокого риска

1)	Разрабатывается СОП, описывающая обращение с лекарственными средствами высокого риска * Процедура включает: маркировку лекарственных средств высокого риска; хранение лекарственных средств высокого риска; назначение и применение – если есть особенности; список лекарственных средств высокого риска; обучение персонала	I
2)	Разрабатывается СОП, описывающая обращение с концентрированными электролитами. * Процедура включает: маркировку концентрированных электролитов; хранение концентрированных электролитов – запрет на хранение в местах редкого использования, только в местах клинической необходимости; назначение и применение – если есть особенности; список концентрированных электролитов; обучение персонала	I
3)	Разрабатывается СОП, описывающая обращение с лекарственными средствами со схожим названием и схожей упаковкой. Процедура включает: маркировку лекарственных средств со схожим названием и схожей упаковкой; запрет на хранение лекарственных средств на одной полке или рядом, если у них созвучны названия или схожий внешний вид; назначение и применение – если есть особенности; список лекарственных средств со схожим названием и схожей упаковкой; обучение персонала *	I
4)	СОП, описывающие обращение с лекарственными средствами высокого риска, с концентрированными электролитами, с лекарственными средствами со схожим названием и схожей упаковкой выполняются во всей организации	I

5	Обращение с концентрированными электролитами, лекарственными средствами высокого риска и) лекарственными средствами со схожим названием, и схожей упаковкой мониторируются через индикаторы, которые применяются для повышения безопасности пациента **	I
56. Хирургическая безопасность: правильный участок тела, правильная процедура и правильный пациент. Безопасность пациентов повышается за счет стандартизированной предоперационной верификации (подтверждение соответствия пациента планируемой инвазивной процедуре) и тайм-аута (проверка готовности медицинского персонала к операции или инвазивной процедуре высокого риска), чтобы обеспечить правильную процедуру на правильном участке тела правильному пациенту		
1	В медицинской организации разрабатываются СОП, описывающие процесс маркировки места операции и (или) инвазивной процедуры высокого риска, а также процедуры предоперационной) верификации и тайм-аута для обеспечения правильного участка тела, правильной процедуры и операции и идентификации пациента *	I
2	Участок тела маркируется перед операцией и инвазивной процедурой высокого риска в виде) единого знака, утвержденного в медицинской организации, врачом, который будет выполнять операцию (процедуру)	I
3	В соответствии с процедурами и формой, утвержденными руководством медицинской организации осуществляется предоперационная верификация, включающая проверку процессов:) подтверждение пациентом своих идентификаторов (полное имя, дата рождения); подтверждение пациентом информированного согласия на осуществление оперативного вмешательства или процедуру высокого риска; подтверждение пациентом участка оперативного вмешательства (сторона и участок тела и (или) о р г а н) ; маркировка места операции; наличие или отсутствие аллергии у пациента; проблемы дыхательных путей у пациента	I
4	Вся хирургическая команда участвует в процедуре тайм-аута, включающего следующие этапы:) и д е н т и ф и к а ц и я п а ц и е н т а ; подтверждение названия оперативного вмешательства или инвазивной процедуры; подтверждение участка и стороны оперативного вмешательства или инвазивной процедуры; готовность хирургической бригады к операции. Тайм-аут документируется в медицинской карте	I
5	Выполнение предоперационной верификации и процедуры тайм-аута мониторируются через) индикаторы, которые применяются для повышения безопасности пациента **	I
57. Снизить риск инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи через обработку рук. Безопасность пациентов повышается за счет комплексной программы обработки рук для предотвращения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи		
1	Разрабатываются основанные на доказательной базе (литературе) процедуры, описывающие виды и) этапы мытья рук (обработки рук), а также показания для обработки рук *	I
2	) Процедуры по обработке рук выполняются по всей медицинской организации	I
3	) Ресурсы для выполнения процедур обработки рук представлены в необходимом объеме	I
4	) Медицинский персонал обучаются видам, этапам и показаниям обработки рук **	I
5	) Практика обработки рук мониторируются через индикатор (-ы), которые применяются для повышения безопасности пациента **	I
58. Снизить риск вреда вследствие падений пациента. Безопасность повышается за счет первичной и повторной оценки риска падения у пациентов группы риска, а также за счет профилактических мероприятий и безопасной окружающей среды		

1)	Разрабатывается СОП профилактики падений, которая направлена на предотвращение падений и травм от падений. Персонал медицинской организации обучается данным СОП *	I
2)	Процедуры по профилактике падений имеют четкие требования к оценке риска падения	I
3)	Оценка и переоценка риска падения выполняются, когда это требуется и своевременно документируются в медицинской карте **	I
4)	Выполняются действия по профилактике падений, включая сопровождение пациентов с высоким риском падения и другие действия, определенные в правилах медицинской организации	I
5)	Профилактика падений и число падений мониторируются через индикатор (-ы), которые применяются для повышения безопасности пациента **	I
Параграф 2. Права пациента		
59. Доступ к медицинской помощи для лиц с ограниченными возможностями. Доступ к медицинской помощи облегчается для лиц с ограниченными возможностями		
1)	Вход в здание имеет пути, доступные для инвалидных колясок, поручни и перила	II
2)	Для лиц с ограниченными возможностями являются доступными инвалидные кресла, костыли, трости	II
3)	Разрабатываются и утверждаются руководством медицинской организации процедуры по обеспечению сопровождения лиц с ограниченными возможностями	I
4)	Туалеты для пациентов с ограниченными возможностями, палаты дневного стационара и другие места, определенные руководством медицинской организации, имеют кнопки вызова или другие средства вызова помощи со стороны медицинского персонала	I
5)	Вход и коридоры здания оборудованы поручнями и перилами	I
60. Процедуры по правам пациента. Медицинская организация разрабатывает и внедряет процедуры, направленные на соблюдение прав пациента в соответствии с законодательством Республики Казахстан **		
1)	Медицинская организация разрабатывает и внедряет процедуры, направленные на соблюдение прав пациента и включает в этот процесс пациентов и их законных представителей **	I
2)	Информация о правах пациента и их законных представителей размещена на государственном и русском языках в соответствии с законодательством Республики Казахстан **	II
3)	Пациенты информируются о своих правах и солидарной ответственности за свое здоровье, которая включает информирование врача о предыдущих заболеваниях, лечении, обследованиях, а также необходимость следования рекомендациям медицинского персонала	II
4)	Медицинская организация соблюдает права пациентов по предоставлению их законным представителям информации относительно их лечения в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации *	I
5)	Весь персонал осведомлен о правах пациента и их законных представителей	II
61. Доступ к получению медицинской помощи. Выявляются и снижаются риски доступности медицинской помощи (возрастные, физические, языковые, культурные и другие ограничения пациентов) и сохранности имущества пациентов		
1)	Здание медицинской организации и прилегающая к ней территория оборудованы необходимыми информационными и указательными знаками	III
2)	При обращении пациентов с коммуникативными проблемами (языковой барьер, глухонемые и т.д.) медицинская организация предпринимает все необходимые меры для обеспечения их надлежащей медицинской помощью	II

3	Медицинский персонал не ограничивает культурные или духовные предпочтения пациентов и не препятствует пациентам в доступе к духовной помощи	II
4	Функционирует система охраны и материальной ответственности должностных лиц медицинской организации, обеспечивающих защиту имущества пациентов от кражи и утери	III
5	Организация выявляет другие ограничения в медицинском уходе и принимает меры по их снижению	II
62. Приватность и конфиденциальность информации. Соблюдаются права пациента на неприкосновенность частной жизни (приватность), конфиденциальность информации, достойное и уважительное отношение к пациенту		
1	Медицинская организация обеспечивает приватность пациента в процессе лечения и предоставления ухода	I
2	Конфиденциальность информации о пациенте сохраняется в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан ***	I
3	Медицинский персонал организации определяет потребности пациентов в приватности и конфиденциальности в процессе лечения и предоставления ухода	II
4	Медицинский персонал осведомлен о законодательстве Республики Казахстан, регулирующий конфиденциальность информации	I
5	Медицинский персонал проявляет уважительное отношение к пациенту на всех этапах лечения	II
63. Обращения пациентов и их законных представителей. Обращения пациентов и их законных представителей принимаются и рассматриваются своевременно и объективно		
1	В организации существует и используется процесс приема обращений от пациентов и их законных представителей относительно нарушения прав пациента **	II
2	Руководством медицинской организации утверждаются процедуры по процессу сбора, приоритизации и рассмотрения обращений пациентов и их законных представителей в соответствии с законодательством Республики Казахстан *	II
3	Обращения пациентов и их законных представителей рассматриваются своевременно и объективно в течение периода времени определенного законодательством Республики Казахстан ***	II
4	Персоналом службы поддержки пациента и контроля качества проводится сбор, обработка, анализ и мониторинг обращений в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации. Результаты анализа используются для повышения качества медицинских услуг	I
5	Результаты анализа обращений используются для повышения качества медицинских услуг организации здравоохранения	II
64. Информированное добровольное согласие пациента на медицинские услуги. Медицинской организацией внедряются процедуры получения общего информированного добровольного согласия пациента на медицинские услуги		
1	Процесс получения информированного добровольного согласия пациента или их законного представителя определяется в процедурах, утвержденных руководством медицинской организации, в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
2	Пациенты медицинской организации осведомлены о процедуре получения добровольного информированного согласия на медицинские услуги в данной медицинской организации	I
3	Ответственный медицинский персонал обучен процессу получения общего информированного добровольного согласия пациента или их законного представителя на медицинские услуги, используя понятные и доступные для пациента пояснения	II
4	При ознакомлении с информированным добровольным согласием пациенты или их законные представители информируются об исследованиях, процедурах и лечении, требующих отдельного специального информированного согласия	II

5	В информированном добровольном согласии пациента или их законного представителя) дополнительно оговаривается возможность проведения фото и видеосъемки в целях безопасности или иных целях	I
65. Специальное информированное добровольное согласие пациента. Медицинской организацией внедряются процедуры получения специального информированного добровольного согласия пациента на медицинские услуги перед операцией, анестезией, процедурной седацией, а также при других процедурах высокого риска		
1	Руководством медицинской организации утверждаются процедуры, описывающие получение) специального информированного добровольного согласия пациента и их законных представителей	II
2	Руководством медицинской организации утверждается список процедур высокого риска, требующих получение специального добровольного информированного согласия пациента в) соответствии с законодательством Республики Казахстан. Список разрабатывается совместно врачами и лицами, которые оказывают процедуры и лечение высокого риска *	I
3	Ответственный медицинский персонал обучены процессу получения специального) информированного добровольного согласия пациента или их законных представителей на процедуры высокого риска, используя понятное и доступное изложение	II
4	Информация специального информированного добровольного согласия пациента или их законных) представителей на процедуры и лечение высокого риска соответствует установленным требованиям законодательства Республики Казахстан ***	I
5	Информированное добровольное согласие пациента оформляется и документируется в медицинской) карте перед любой операцией, процедурой высокого риска, анестезией и седацией, перед участием в научном проекте или в экспериментальном лечении и в других ситуациях, определенных медицинской организацией *	I
66. Отказ от лечения. Пациент информирован о праве на отказ от предложенной медицинской помощи		
1	Руководством медицинской организации утверждена процедура оформления отказа пациента от) предложенной медицинской помощи (полностью или частично, от продолжения лечения) в соответствии с законодательством Республики Казахстан *	II
2	Отказ от медицинской помощи с указанием возможных неблагоприятных последствий для здоровья) оформляется записью в медицинских документах и подписывается пациентом либо его законным представителем, а также задействованным медицинским работником в соответствии с утвержденными руководством процедурами медицинской организации *	II
3	По требованию пациента организация предоставляет информацию о процессе проводимого лечения) в полном объеме для возможности получения пациентом второго мнения, согласно утвержденным процедурам медицинской организации *	III
4	В медицинской организации существует процесс документирования отказа пациента от) определенного лечения, части лечения, инвазивной процедуры или от госпитализации	II
5	Медицинский персонал уважает право пациента отказаться от лечения и информирует его об) альтернативных видах лечения, возможных рисках и осложнениях вследствие отказа	I
67. Научные исследования. Участие пациента в научных исследованиях или экспериментальном лечении проводится в соответствии с законодательством Республики Казахстан***		
1	В медицинской организации создается и работает Локальная Этическая Комиссия, которая) наблюдает за проведением научных исследований с вовлечением пациента или экспериментального лечения **	I
2	В процедурах, разработанных медицинской организацией в соответствии с законодательством) Республики Казахстан определяются функции Локальной Этической Комиссии, включающие обзор научного исследования, анализ ожидаемых преимуществ и рисков для безопасности пациента и принятие решения о проведении исследования ***	I

3)	Руководством медицинской организации определяется лицо, осуществляющее контроль за проведением и координацией научного исследования с вовлечением пациента (главный исследователь)	III
4)	Перед началом исследования пациентом или его законным представителем подписывается информированное согласие на участие в научном исследовании с указанием идентификации пациента, фамилии и подписи врача, даты, времени, подписи пациента или законного представителя	III
5)	Пациент информируется о ходе исследования и обязанностях пациента, об ожидаемых преимуществах, рисках и дискомфорте, альтернативных видах лечения, праве отказаться от участия в исследовании в любое время без страха предвзятого отношения после отказа	I
68. Контроль образовательного процесса студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации. Медицинская организация осуществляет контроль за обучением студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации в соответствии с утвержденными руководством медицинской организации процедурами		
1)	Руководством медицинской организации утверждаются процедуры по осуществлению контроля студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации	II
2)	Имеются списки студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации и документы, подтверждающие их учебный статус **	I
3)	Для студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации, определяется уровень самостоятельности в оказании медицинской помощи (что делать под наблюдением, а что самостоятельно) **	I
4)	Медицинская организация определяет ответственных лиц для осуществления контроля образовательного процесса на базе медицинской организации	II
5)	Студенты, слушатели резидентуры, другие лица, обучающиеся на базе медицинской организации, проходят инструктаж с целью обеспечения безопасности пациентов (гигиена рук, применение средств индивидуальной защиты) **	I
Параграф 3. Основы клинического ухода		
69. Пациенты группы риска. Медицинская организация определяет пациентов группы риска и процедуры высокого риска (процедуры которые имеют высокую вероятность причинения вреда жизни или здоровью пациента и требуют повышенного внимания со стороны медицинского персонала и пациента)		
1)	Руководством медицинской организации определяются пациенты группы риска, которые по причине своего состояния, возрастных или физических особенностей не способны выражать свое мнение, либо существует риск резкого ухудшения состояния их здоровья за короткий промежуток времени	II
2)	Внедряются процедуры, описывающие особенности осмотра, лечения, ухода, обращения с пациентами группы риска *	III
3)	Форма осмотра пациента по необходимости дополняется информацией, важной для пациентов группы риска (модификация формы осмотра)	III
4)	При выявлении жертв насилия организация контактирует с заинтересованными социальными, правоохранительными органами и иными организациями	III
5)	В медицинской организации утвержден перечень процедур высокой степени риска *	I
70. Первичный осмотр пациентов. Первичный осмотр является информативным для определения потребностей пациента *		
1)	Первичный осмотр пациента осуществляется ответственным персоналом медицинской организации в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	I
2)	Запись первичного осмотра вносится в медицинскую карту пациента в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II

3)	Записи в медицинской карте, включая осмотры, являются доступными персоналу медицинской организации, задействованному в лечении и уходе за пациентом	III
4)	Квалифицированные специалисты проводят осмотры на основе их образования, квалификации и навыков, подтвержденных документами	II
5)	Первичный осмотр включает оценку психо-эмоционального статус пациента	III
71. План лечения и ухода. Индивидуальный план лечения своевременно документируется и включает в себя цели или желаемые результаты лечения *		
1)	План лечения разрабатывается индивидуально на основе первичного осмотра, предыдущих осмотров, результатов обследований	III
2)	В разработку плана лечения вовлекается мультидисциплинарная команда (реабилитолог, врач-координатор, средний медицинский персонал по уходу и другие специалисты по необходимости)	III
3)	План лечения по возможности включает цели или желаемые результаты лечения	II
4)	План лечения соответствует требованиям клинических протоколов утвержденных руководством медицинской организации (смотреть пункт 10 настоящего Стандарта)	I
5)	Листы назначения соответствуют плану лечения пациента. Пациенту назначаются необходимые консультации специалистов, исследования, лекарственная и иная терапия	II
72. Повторные осмотры пациента. Состояние пациента наблюдается и документируется в динамике		
1)	Состояние пациента наблюдается и документируется в динамике с целью оценки достижения целей или желаемых результатов от плана лечения	III
2)	Повторные осмотры пациента проводятся в соответствии с процедурами медицинской организации в зависимости от состояния пациента *	II
3)	План лечения обновляется в зависимости от состояния, диагноза пациента или на основе новой информации и по результатам повторных осмотров	II
4)	Повторные осмотры пациента документируются в виде дневниковых записей врача (если применимо, также дневниковых записей медицинской сестры) с указанием состояния пациента в динамике	II
5)	При появлении признаков ухудшения состояния пациента принимаются соответствующие меры в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации	II
73. Планирование выписки. Планирование выписки осуществляется в процессе лечения *		
1)	Планирование выписки начинается с пункта первого контакта пациента с медицинской организацией	II
2)	Процесс планирования выписки, в соответствии утвержденными процедурами медицинской организации, осуществляется с участием пациента и (или) лиц, ухаживающих за ними.	II
3)	Планирование выписки включает взаимодействие с медицинскими организациями или другими учреждениями в целях содействия непрерывности медицинской помощи	II
4)	Планирование выписки учитывает социальные, духовные и культурные потребности пациента	II
5)	Планирование выписки документируется в медицинской карте и обновляется по мере необходимости	II
74. Выписка из медицинской карты (выписной эпикриз). Выписной эпикриз содержит ключевую информацию об оказанной медицинской помощи**		
1)	Готовность пациента к выписке определяется состоянием пациента и показаниями к выписке	III

2)	Выписной эпикриз содержит причину госпитализации, основной диагноз, сопутствующие заболевания, ключевые данные осмотров, обследований, проведенное лечение, основные принятые лекарственные средства	II
3)	Выписной эпикриз содержит информацию о состоянии пациента на момент выписки и подробные рекомендации по дальнейшему лечению и уходу	II
4)	Копия выписного эпикриза хранится в медицинской карте, другая копия выписного эпикриза выдается пациенту в день выписки из стационара, либо выдается медицинскому работнику, ответственному за дальнейшее лечение пациента, с обязательным ознакомлением пациента с содержанием выписного эпикриза	II
5)	Если пациент покинул медицинскую организацию без предупреждения или против рекомендаций врача, проводится информирование пациента и (или) его законных представителей, или врача по месту жительства о рисках и последствиях	I
75. Услуги экстренной медицинской помощи являются доступными по всей организации *		
1)	Круглосуточно на территории медицинской организации являются доступными услуги реанимации (оказание базовой сердечно-легочной реанимации)	II
2)	Стандартизованный набор лекарственных средств, изделий медицинского назначения и оборудования для оказания базовой сердечно-легочной реанимации поддерживается в постоянной готовности	II
3)	Медицинской организацией внедряются процедуры, описывающие порядок оказания базовой сердечно-легочной реанимации	I
4)	Медицинской организацией определяются лица, ответственные за проведение базовой сердечно-легочной реанимации	I
5)	Медицинский персонал организации здравоохранения обучается оказанию базовой сердечно-легочной реанимации	I
Параграф 4. Лабораторные услуги		
76. Организация лабораторной службы. Лабораторные услуги являются доступными для пациентов и соответствуют законодательным актам Республики Казахстан и профессиональным требованиям		
1)	Руководством медицинской организации определяется квалифицированное лицо, осуществляющее контроль лабораторных услуг, оказываемых пациентам медицинской организации, в том числе оказываемых субподрядными организациями по договору	II
2)	Квалифицированными лицами проводятся и интерпретируются лабораторные исследования	I
3)	Оказываемые лабораторные услуги соответствуют законодательству Республики Казахстан ***	II
4)	Определенные лабораторные услуги осуществляются круглосуточно для экстренных ситуаций, возникающих во внерабочее время	II
5)	Лабораторные услуги, оказываемые субподрядными организациями по договору, контролируются через индикаторы или требования, которые прописываются в договоре **	I
77. Временные рамки исследований. Определяются временные рамки на каждый вид лабораторного исследования *		
1)	На каждый вид лабораторного исследования определяются временные рамки, готовности результата исследования *	II
2)	Результаты лабораторных исследований сообщаются своевременно	II
3)	Ответственным лицом проводится мониторинг своевременности выполнения экстренных лабораторных исследований **	I
4)	На каждый вид лабораторного исследования определяются границы нормальных значений, которые указаны в бланке с результатом исследования и при необходимости пересматриваются	II

5	Медицинской организацией определяются критические (значительно отклоненные от нормы) результаты лабораторных исследований, при выявлении которых персонал лаборатории в течение 30 минут информирует врача или пост стационарного отделения (смотреть подпункты 2), 3) пункта 54 настоящего Стандарта)	II
78. Обращение с биоматериалом пациента. Процессы сбора, идентификации и маркировки, транспортировки, утилизации биоматериала пациента стандартизируются *		
1	Медицинской организацией утверждается и выполняется процесс назначения лабораторного исследования врачом и выписывания направления в лабораторию	II
2	Медицинской организацией утверждается и выполняется процесс сбора биоматериала, его идентификации и маркировки	II
3	Медицинской организацией утверждается и выполняется процесс безопасной транспортировки, обращения с биоматериалом пациента	I
4	Медицинской организацией утверждается и выполняется процесс приема лабораторией, регистрации, отслеживания и хранения биоматериала пациента	II
5	Вышеуказанные требования выполняются субподрядными организациями, выполняющими лабораторные исследования для пациентов организации	II
79. Лабораторная безопасность. Внедряется и выполняется программа лабораторной безопасности, взаимосвязанная с инфекционным контролем и безопасностью здания *		
1	Весь персонал лаборатории обучается основам лабораторной безопасности при трудоустройстве **	II
2	Весь персонал лаборатории обучается основам лабораторной безопасности при получении нового оборудования или изменении методов работы **	II
3	В рабочих зонах лаборатории выполняются требования программы лабораторной безопасности по запрету на прием пищи, жидкости, курению, применению косметики, прикосновению к контактными линзам или к губам	I
4	Инциденты, связанные с безопасностью (например, укол иглой, контакт с биоматериалом), сообщаются ответственным лицам и по ним принимаются корректирующие меры, в соответствии с утвержденными процедурами (смотреть подпункт 2) пункта 9; подпункт 5) пункта 26 и подпункт 5) пункта 43 настоящего Стандарта)	II
5	Один раз в год лицо, осуществляющее контроль лабораторных услуг, выступает с отчетом по лабораторной безопасности на заседании Комиссии по безопасности здания	II
80. Контроль качества в лаборатории. Проводится внутренний и внешний контроль качества лабораторных услуг		
1	Медицинской организацией проводится внутренний контроль качества лабораторных услуг через оборудование или вручную путем выборочной перепроверки результатов исследований	II
2	Внутренний контроль качества проводится в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации и не требует документации, если выполняется автоматически на оборудовании	III
3	Проводится внешний контроль качества лабораторных услуг в соответствии с законодательством Республики Казахстан (через референс-лабораторию или выборочную перепроверку биоматериала) ***	II
4	Внешний контроль качества проводится один раз в год и подтверждается документально **	I
5	При неудовлетворительном результате внутреннего или внешнего контроля качества проводятся корректирующие мероприятия в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации	II
81. Лабораторное оборудование. Лабораторное оборудование поддерживается в рабочем состоянии		

1)	Лабораторное оборудование тестируется, поддерживается, калибруется, и эти действия документируются **	III
2)	Лабораторное оборудование обслуживается в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации *	III
3)	Весь персонал обучается работе с оборудованием, с которым они работают **	III
4)	Если лабораторное оборудование находится вне лаборатории и им пользуется персонал клинических отделений, то они обучаются работе с оборудованием в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации **	II
5)	Ежеквартально руководителем или персоналом лаборатории проверяются все единицы лабораторного оборудования, которое находится вне лаборатории **	I
Параграф 5. Служба лучевой диагностики		
82. Организация службы лучевой диагностики. Услуги лучевой диагностики удовлетворяют нужды пациентов и соответствуют законодательству Республики Казахстан ***		
1)	Руководством медицинской организации определяется квалифицированное лицо, осуществляющее контроль лучевой диагностики, оказываемой пациентам медицинской организации	III
2)	Квалифицированные лица проводят радиологические, ультразвуковые и другие виды исследований лучевой диагностики	III
3)	Квалифицированные лица интерпретируют радиологические, ультразвуковые и другие виды исследований лучевой диагностике	III
4)	Оказываемые услуги лучевой диагностики соответствуют законодательству Республики Казахстан * **	II
5)	Услуги лучевой диагностики, оказываемые субподрядными организациями, прописываются в договоре. В соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации данные услуги мониторируются **	I
83. Временные рамки исследований в лучевой диагностике. Определяются временные рамки на каждый вид исследования в лучевой диагностике *		
1)	На каждый вид радиологического исследования (рентген, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография) определяются временные рамки (сроки) готовности заключения по обследованию	II
2)	В медицинской организации заключение радиологических исследований готовится своевременно	II
3)	Проводится мониторинг своевременности выполнения экстренных радиологических исследований	I
4)	Во внерабочее время снимок или диск с радиологическим исследованием выдается дежурному или лечащему врачу без заключения при условии, что врач имеет привилегию по интерпретации исследования	II
5)	Определяются критические (значительно отклоненные от нормы) результаты радиологических исследований, при выявлении которых медицинский персонал информирует врача или ответственных лиц (смотреть подпункты 1), 3) пункта 54 настоящего Стандарта)	I
84. Радиационная безопасность. Внедряется и выполняется программа радиационной безопасности, взаимосвязанная с инфекционным контролем и безопасностью здания *		
1)	Персонал отделения лучевой диагностики защищается от радиации через ношение рентген-защитной одежды, использование защитных устройств, ношение индивидуальных дозиметров	II
2)	Персонал радиологической службы обучается основам радиационной безопасности при трудоустройстве, получении нового оборудования, изменении методов работы и по мере необходимости в соответствии с утвержденными процедурами **	I

3	Программа радиационной безопасности включает проверку защитных свойств всей рентген-защитной одежды каждые два года, проверку фона радиации в помещении один раз в год и ежеквартальный контроль индивидуальных дозиметров **	I
4	Инциденты, связанные с безопасностью или несоблюдением радиационной безопасности, сообщаются и по результатам работы с инцидентами принимаются корректирующие меры (смотреть подпункт 4) пункта 9; подпункт 5) пункта 26; подпункт 5) пункта 42 настоящего Стандарта)	II
5	Ежегодно лицо, осуществляющее контроль радиационной безопасности, выступает с отчетом по радиационной безопасности на заседании Комиссии по безопасности здания	II
85. Радиологическое оборудование. Радиологическое оборудование поддерживается в рабочем состоянии		
1	Все оборудование по лучевой диагностике (рентген, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование и другие) инспектируется, поддерживается и калибруется (смотреть пункт 43 настоящего Стандарта)	II
2	Действия по инспектированию, поддержке и калибровке оборудования по лучевой диагностике документируются **	II
3	Оборудование по лучевой диагностике обслуживается в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации	III
4	Ведется список всего оборудования по лучевой диагностике	III
5	Требования к технической спецификации и характеристикам закупаемого оборудования по лучевой диагностике определяются специалистом по лучевой диагностике	II
86. Контроль качества в радиологии. Проводится внутренний и внешний контроль качества радиологических исследований		
1	Внутренний контроль качества проводится ежедневно и не требует документации, если выполняется автоматически на оборудовании	II
2	Ежегодно проводится внешний контроль качества путем выборочной перепроверки заключения внешним экспертом ("второе чтение") **	II
3	Существует список внешних экспертов с контактными данными, к которым обращается организация при сомнительном, сложном случае ("второе чтение") **	II
4	Знания, квалификация внешних экспертов подтверждается документально	II
5	При неудовлетворительных данных контроля качества принимаются меры по улучшению работы в радиологии	II

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

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

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

Стандарты аккредитации медицинских организаций, оказывающих паллиативную помощь и сестринский уход

Глава 1: Руководство

№	Измеряемые критерии	Ранги
1. Орган управления медицинской организации. Функции Органа управления (Наблюдательный Совет, Совет директоров, учредитель (-и)) медицинской организации прописаны в документах		
1)	Структура и функции Органа управления, включая делегированные первому руководителю (-ям) медицинской организации полномочия, прописаны в Уставе (Положении) медицинской организации **	III
2)	Члены Органа управления медицинской организации избираются в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	III
3)	Органом управления утверждены критерии и ежегодно проводится оценка работы первого руководителя (-лей) медицинской организации	III
4)	Медицинская организация ежеквартально предоставляет Органу управления отчеты о результатах основной деятельности, включая сведения об ошибках медицинского персонала, жалобах, случаях смерти и результатах проведенного анализа по упомянутым событиям **	II
5)	Ежегодная оценка работы Органа управления вышестоящим органом здравоохранения или вышестоящим учредителем и оценка первого руководителя (-лей) медицинской организации подтверждается документально. Орган управления, являющийся высшим уровнем управления медицинской организации, оценивает свою деятельность в виде ежегодной самооценки**	I
2. Стратегическое и операционное планирование. Руководители медицинской организации планируют услуги согласно потребностям населения		
1)	В документе по стратегическому планированию (стратегия развития или стратегический план) (далее – стратегический план) излагаются миссия, видение, ценности, стратегические цели, задачи и индикаторы исполнения задач **	III
2)	Стратегический план медицинской организации разрабатывается с участием представителей структурных подразделений медицинской организации и согласуется Органом управления**	II
3)	На основании стратегического плана разрабатывается и утверждается годовой план медицинской организации **	II
4)	Руководство ежеквартально проводит мониторинг выполнения мероприятий годового плана организации (планов работы подразделений) и данных по индикаторам **	II
5)	Руководство планирует годовой бюджет и организует обеспечение медицинской организации необходимыми ресурсами для реализации производственных задач **	I
3. Производственное управление. Эффективное управление медицинской организации осуществляется в соответствии с ее миссией и основной деятельностью		
1)	Миссия и видение медицинской организации являются доступными для ее персонала и населения	III
2)	Медицинская организация действует в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан и своевременно реагирует на результаты проверок уполномоченных органов ***	III

3)	Для каждого структурного подразделения утверждается положение о подразделении с описанием основных функций и списком оказываемых услуг *	III
4)	Руководители структурных подразделений отчитываются перед руководством медицинской организации о выполнении поставленных задач и достижении желаемых результатов по индикаторам (смотреть подпункты 1), 2) пункта 8 настоящего Стандарта) **	II
5)	Руководство медицинской организации проводит системную, плановую работу по предупреждению рисков (смотреть подпункты 1), 4) и 5) пункта 9 настоящего Стандарта)	I
4. Организационная структура. Организационная структура соответствует миссии и деятельности организации		
1)	Организационная структура представляется в виде схемы, утверждается руководством медицинской организации и доводится до сведения персонала организации **	III
2)	Функции и полномочия каждого структурного подразделения и всех ответственных лиц определяются и доводятся до сведения персонала	III
3)	В организационной структуре указывается должностное лицо, осуществляющее контроль сестринского ухода, должностное лицо, осуществляющее деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг, и (или) иные руководящие лица для реализации миссии медицинской организации	III
4)	В организационной структуре указывается должностное лицо, осуществляющее контроль эффективного управления финансовыми ресурсами	III
5)	Координация взаимодействия персонала структурных подразделений обеспечиваются положениями о подразделениях (где указаны функции подразделений), должностными инструкциями, правилами и процедурами организации, а также работой соответствующих комиссий медицинской организации	II
5. Этические нормы. Определяются и соблюдаются этические нормы организации		
1)	В медицинской организации определяются этические нормы, которыми она руководствуется в своей деятельности, в том числе при принятии решений и определении правил поведения персонала	III
2)	Этический кодекс медицинской организации разрабатывается с участием представителей структурных подразделений медицинской организации и утверждается руководством *	III
3)	В медицинской организации создана Этическая комиссия для рассмотрения этических вопросов, возникающих при оказании медицинской помощи **	II
4)	В медицинской организации внедрен процесс выявления, своевременного анализа и принятия мер по этическим вопросам (решения о прекращении лечения, отказе в лечении и другие ситуации в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан) ***	I
5)	Персонал медицинской организации проходит обучение по вопросам этических норм в здравоохранении **	II
6. Культура безопасности (не карательная обстановка в коллективе, при которой безопасность пациента ставится выше профессиональной солидарности). Руководство организации внедряет и поддерживает культуру безопасности, поощряет выявление инцидентов и принимает системные меры по улучшению работы		
1)	Руководители и персонал медицинской организации обучены определениям: "культура безопасности", "инцидент", "потенциальная ошибка", "ошибка", "экстремальное событие", а также правилам оповещения и расследования инцидентов **	I
2)	В медицинской организации внедрен процесс обеспечения страхования (гарантирования) профессиональной ответственности медицинских работников, выполняющих процедуры и операции высокого риска (с высоким риском судебных исков) **	I
3)	В медицинской организации определены должностные лица ответственные за выявление, документирование и мониторинг инцидентов	I

4)	Внедрен процесс регистрации и оповещения об инцидентах в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации *	I
5)	В целях повышения качества услуг руководством медицинской организации принимаются системные действия, направленные на профилактику проблем и снижение рисков **	I
7. Управление качеством. В медицинской организации определяется должностное лицо, осуществляющее деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг, и утверждается программа или план, определяющие основные направления работы по улучшению качества оказания медицинских услуг		
1)	Должностное лицо медицинской организации, осуществляющее деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг, обладает необходимыми навыками и знаниями в области улучшения качества (смотреть подпункт 3) пункта 4 настоящего Стандарта) **	I
2)	Орган управления медицинской организации ежегодно утверждает программу или план мероприятий по непрерывному улучшению качества медицинских услуг и повышению безопасности пациента с участием всех подразделений медицинской организации *	II
3)	В документе по непрерывному улучшению качества медицинских услуг дается определение термина "экстремальное событие"	II
4)	Экстремальное событие подлежит обязательному расследованию и о его результатах информируются руководство медицинской организации, заинтересованный пациент (-ы), а также Орган управления медицинской организации (в квартальном отчете с указанием принятых мер) (смотреть подпункт 4) пункта 1 настоящего Стандарта) **	II
5)	Персонал медицинской организации обучается методам (инструментам) улучшения качества и надлежащему использованию статистических данных, полученных в результате мониторинга деятельности медицинской организации	I
8. Непрерывное повышение качества. В медицинской организации внедряется программа непрерывного повышения качества медицинских услуг и безопасности пациента		
1)	Руководство ежегодно участвует в определении приоритетных индикаторов повышения качества (далее – индикаторы) медицинских услуг и безопасности пациента, как в целом для медицинской организации, так и для отдельных структурных подразделений. Показатели по достижению ключевых индикаторов включаются в квартальные отчеты медицинской организации об основной деятельности (смотреть подпункт 4) пункта 1 и подпункт 4) пункта 2 настоящего Стандарта) **	I
2)	Индикаторы структурных подразделений измеримы: разрабатываются формулы расчета (с определенным числителем и знаменателем, если применимо), определяются желаемые пороговые значения; проводятся сбор данных и анализ индикаторов **	I
3)	Проводится клинический аудит медицинских карт, согласно утвержденным внутренним процедурам медицинской организации, соответствующим требованиям законодательством Республики Казахстан * Результаты клинического аудита используются при разработке мер по повышению качества медицинских услуг *	I
4)	Проводится анкетирование удовлетворенности пациентов в соответствии с законодательством Республики Казахстан. Результаты анкетирования учитываются при разработке мер по повышению качества медицинских услуг *	I
5)	На заседаниях соответствующих комиссий проводится разбор клинических случаев, результаты которого применяются для улучшения клинической деятельности	I
9. Управление рисками. В медицинской организации внедряется программа по управлению рисками		
	Медицинская организация имеет утвержденную программу по управлению рисками, которая включает следующие элементы: цель и задачи документа; образец реестра рисков и способ оценки рисков; утвержденное должностное лицо, осуществляющее деятельность по управлению рисками;	

1)	требования по обучению персонала; виды рисков (стратегические, клинические, финансовые и прочие риски); образец плана действий по устранению рисков и требование разработать действие на каждый значительный риск; требование информировать заинтересованные стороны о рисках *	I
2)	Утвержденная программа по управлению рисками реализуется персоналом медицинской организации, который участвует в: выявлении рисков; сообщении о рисках; оценке и определении приоритетности рисков; анализе инцидентов (потенциальных ошибок, ошибок, экстремальных событий); составлении и реализации плана действий	I
3)	Руководители структурных подразделений и персонал медицинской организации осведомлены о возможных неблагоприятных событиях, которые могут возникнуть вследствие клинических, техногенных и организационных особенностей производственных процессов (далее – риски) в своих подразделениях	I
4)	Медицинская организация проводит непрерывную оценку рисков. Источники информации о рисках: инциденты, медицинский персонал, наблюдения, обзор документации, пациенты и их законные представители **	I
5)	Медицинская организация принимает меры по полноценной реализации мероприятий программы управления рисками, снижению или устранению рисков (ежегодно составляется, обновляется и корректируется план действий по снижению рисков) **	I
10. Клинические протоколы. Руководители медицинской организации контролируют применение и внедрение медицинским персоналом клинических протоколов		
1)	Руководством медицинской организации проводится мониторинг внедрения и применения клинических протоколов диагностики и лечения (далее – клинические протокола)	III
2)	В медицинской организации определены ответственные лица по мониторингу внедрения и применения клинических протоколов	I
3)	Мероприятия по мониторингу внедрения клинических протоколов осуществляются в рамках плановых мероприятий внутренней экспертизы в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан	II
4)	Проводится клинический аудит путем ретроспективного и (или) текущего анализа медицинских карт на предмет их соответствия требованиям клинических протоколов, основанных на доказательной медицине	I
5)	Результаты клинического аудита медицинских карт применяются для обратной связи с медицинским персоналом, обучения персонала и других мероприятий для повышения качества медицинских услуг в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации	I
11. Работа с населением. Медицинская организация вовлекает пациентов, население и персонал в планирование оказания медицинских услуг и способствует доступности оказываемых медицинских услуг для населения		
1)	Медицинская организация информирует население об оказываемых медицинских услугах и условиях (порядке) их получения, а также о любых изменениях в списке оказываемых медицинских услуг и условиях (порядке) их получения **	III
2)	Медицинская организация информирует население о качестве оказываемых медицинских услуг (индикатор "удовлетворенность пациента" и другие) **	III
3)	Медицинская организация постоянно поддерживает обратную связь с населением по оказываемым медицинским услугам через средства коммуникации (веб-сайт, социальные сети, телефон, call-центр)	III

4)	Медицинская организация участвует в программах по обучению населения здоровому образу жизни и профилактике заболеваний **	III
5)	В соответствии с утвержденными процедурами медицинская организация планирует оказание медицинских услуг с учетом потребностей населения	II

Глава 2: Управление ресурсами

12. Управление финансами. Финансовые ресурсы медицинской организации используются эффективно для реализации плановых задач		
1)	Бюджет медицинской организации соответствует поставленным задачам стратегического и операционного (годового) планов работы (смотреть подпункты 2) и 3) пункта 2 настоящего Стандарта)	II
2)	Бюджет организации составляется на основании заявок руководителей подразделений	III
3)	Бюджет позволяет обеспечивать медицинскую организацию необходимыми ресурсами для осуществления деятельности и пересматривается в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации (смотреть подпункт 5) пункта 2 настоящего Стандарта)	III
4)	Для экстренного приобретения лекарственных средств и изделий медицинского назначения, отсутствующих в медицинской организации, имеется договор их внепланового закупа **	II
5)	Медицинские услуги, осуществляемые на платной основе, оказываются на основании утвержденного прейскуранта цен, доступного населению **	II
13. Финансовый аудит и бухгалтерский учет. Управление финансовыми ресурсами организации проводится в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан		
1)	Существует система или процесс внутреннего финансового контроля	II
2)	Внешний государственный аудит и внешний аудит медицинской организации проводится в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	III
3)	Бухгалтерский учет основывается на достоверной финансовой информации обо всех источниках доходов и расходов, обеспечивает своевременные и точные финансовые отчеты для принятия решений. Бухгалтерский учет ведется с применением признанных автоматизированных программ **	III
4)	Прибыли, убытки и расходы на медицинские услуги регулярно отслеживаются в сравнении с бюджетами и предоставляются первому руководителю в виде ежеквартальных финансовых отчетов **	III
5)	Бухгалтерские отчеты своевременно направляются в налоговые органы и органы государственной статистики	II
14. Фонд оплаты труда. Оплата труда персонала осуществляется своевременно и с учетом дифференцированного вклада работника в производительность организации		
1)	Оплата труда персонала медицинской организации осуществляется на основании утвержденного положения, согласованного с Органом управления (далее – Положение) *	III
2)	При оплате труда персонала медицинской организации на основе дифференцированной системы оплаты, в Положении предусмотрены индикаторы для определения производительности труда персонала, утвержденные руководством медицинской организации в соответствии с законодательством Республики Казахстан *	III
3)	При дифференцированной оплате труда периодически проводится определение производительности работников на основании утвержденных индикаторов **	III
4)	Оплата труда персоналу, перечисления в пенсионный фонд и другие обязательные отчисления осуществляются своевременно **	III

5	Оплата труда персоналу осуществляется на основе утвержденной медицинской организацией) организационной структуры, штатного расписания **	II
15. Информационное управление. Создаются надлежащие условия для эффективного управления данными		
1	В медицинской организации имеется достаточное количество технических средств, обеспечивающих потребности медицинского персонала при работе с медицинской и) административной информацией, своевременного и полного ввода данных в локальную информационную систему медицинской организации	III
2	Руководство обеспечивает доступ медицинских работников к сети интернет для своевременного) получения и обмена информацией, необходимой в работе	III
3	Руководство медицинской организации обеспечивает доступность действующих нормативных) правовых актов и правовых актов Республики Казахстан персоналу организации	III
4	Руководство медицинской организации создает условия для ведения медицинских карт в) электронном формате	III
5	Медицинская организация утверждает процедуры управления документацией в соответствии с) законодательством Республики Казахстан ***	II
16. Защита информации. Медицинская организация обеспечивает конфиденциальность, безопасность и целостность информации		
1	В медицинской организации определены уровни доступа персонала к конфиденциальной) информации *	II
2	Информация на бумажном и электронном носителях защищается от повреждения, утери и) неавторизованного доступа (несанкционированное проникновение в автоматизированную информационную систему) *	II
3	В соответствии с законодательством Республики Казахстан в медицинской организации) обеспечивается конфиденциальность информации о пациенте ***	I
4	) Персонал обучается правилам по защите и неразглашению конфиденциальной информации	III
5	В медицинской организации определены сроки хранения и порядок уничтожения медицинских и) немедицинских документов, в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
17. Внутренние документы. Руководство совместно с персоналом разрабатывает, утверждает и внедряет процедуры медицинской организации, регламентирующие ее деятельность		
1	Утвержден порядок разработки, согласования, утверждения и оформления, пересмотра процедур) организации *	III
2	) Составляется и обновляется список всех действующих внутренних процедур организации **	III
3	Руководство организации обеспечивает доступность для персонала информации о действующих) процедурах организации	III
4	Проводится обучение персонала медицинской организации по утвержденным процедурам) организации	III
5	Персонал осуществляет свою деятельность в соответствии с процедурами, утвержденными) руководством медицинской организации	II
18. Медицинская документация. Медицинская документация составляется своевременно и способствует преемственности медицинской помощи		
1	В медицинских картах применяются формы медицинской документации согласно законодательству) Республики Казахстан и лучшей мировой практики ***	III
2	) Содержание медицинской карты стандартизируется в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации. Каждая запись в медицинской карте подписывается автором с указанием даты и времени *	I

3	Все проведенные лечебные мероприятия и медикаментозная терапия своевременно документируются в медицинской карте пациента *	I
4	В медицинских картах используются аббревиатуры, символы из списка, утвержденного руководством медицинской организации *. Записи в медицинских картах написаны и оформлены разборчиво	III
5	В медицинской организации проводится клинический аудит качества, своевременности и полноты записей в медицинских картах (смотреть подпункт 3) пункта 8 настоящего Стандарта) *	I
19. Анализ данных. Проводится проверка достоверности данных и их статистический анализ		
1	Утверждена процедура проверки достоверности публикуемых и предоставляемых во внешние организации данных **	III
2	Ответственные лица, выполняющие проверку достоверности данных, обучены, имеют достаточный опыт и компетенцию **	III
3	При мониторинге новых индикаторов проводится проверка достоверности полученных данных вторым лицом *	III
4	Свод данных по индикаторам для включения в квартальные отчеты для руководства осуществляется ответственным работником (смотреть подпункт 4) пункта 1 и подпункт 4) пункта 2 настоящего Стандарта) **	III
5	При отсутствии специального подразделения определяются ответственные лица по статистическому анализу собираемых данных и своевременному предоставлению их заинтересованным сторонам **	II
20. Штатное расписание. Штатное расписание соответствует организационной структуре, миссии и деятельности медицинской организации		
1	Штатное расписание медицинской организации утверждается руководством медицинской организации в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
2	Штатное расписание соответствует организационной структуре и деятельности медицинской организации	III
3	В медицинской организации утверждаются квалификационные требования к должностям в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
4	Пересмотр штатного расписания руководством медицинской организации проводится на основании заявок руководителей структурных подразделений, анализа соответствия штатного расписания производственным нуждам (определение уровня укомплектованности персоналом; необходимого уровня стажа и компетентности; расчет эффективной и рациональной структуры должностей персонала) ***	III
5	На каждый вид должности, включая внештатных работников, совместителей, консультантов, слушателей резидентуры, руководством медицинской организации утверждается должностная инструкция с указанием квалификационных требований (образование, обучение, знания, навыки и опыт) и функций, специфичных для данной должности **	II
21. Управление человеческими ресурсами. В медицинской организации внедрен процесс эффективного управления человеческими ресурсами		
1	Процедуры по поиску, инструктажу (ориентации) и адаптации персонала разрабатываются в соответствии с законодательством Республики Казахстан и внедряются в медицинской организации ***	III
2	Персонал медицинской организации соответствует квалификационным требованиям должностной инструкции к занимаемой должности. Копия подписанной персоналом должностной инструкции имеется в кадровой службе	III
3	Руководители создают условия для непрерывного обучения персонала медицинской организации (доступ в интернет, компьютеры, тренинговый класс, библиотека)	III
4	Определяются потребности персонала в обучении. Обучение проводится на базе или вне медицинской организации	III

5	Руководством разрабатываются и внедряются процедуры для мотивации персонала медицинской организации	II
22. Личное дело персонала. Руководством медицинской организации установлен процесс формирования, хранения и обновления личных дел персонала		
1	Личные дела персонала медицинской организации хранятся в соответствии с утвержденными внутренними процедурами медицинской организации. Содержание личных дел стандартизировано	II
2	Личные дела медицинского персонала, включая внештатных работников, совместителей, консультантов, слушателей резидентуры содержат сертификат специалиста, сведения об образовании, трудовом стаже и квалификации персонала	I
3	Личное дело каждого медицинского работника содержит доказательство проверки подлинности у первоисточника документов об образовании работника, в соответствии с требованиями должностной инструкции	I
4	Личное дело каждого медицинского работника содержит результаты оценки деятельности персонала, проводимые один раз в год	II
5	Личное дело каждого медицинского работника содержит записи о проведении обучения на базе медицинской организации и вне организации	III
23. Инструктаж. Медицинская организация проводит инструктаж каждого работника для ознакомления с организацией		
1	В медицинской организации разрабатываются и используются учебные материалы (письменные и (или) видеоматериалы) для проведения инструктажа	III
2	Все штатные и внештатные медицинские работники, совместители, консультанты, студенты, слушатели резидентуры, лица, обучающиеся на базе медицинской организации, проходят инструктаж и обучение для ознакомления с медицинской организацией, со своими должностными обязанностями (для работников) и основными требованиями по безопасности **	III
3	Инструктаж персонала включает противопожарную безопасность, готовность к чрезвычайным ситуациям и соблюдение правил техники безопасности на рабочем месте	III
4	Инструктаж персонала включает вопросы инфекционного контроля и требования по безопасной работе с медицинским оборудованием	III
5	Инструктаж персонала медицинской организации включает ознакомление с программой повышения качества медицинской помощи и безопасности пациента	II
24. Оценка клинических навыков. Проводится оценка знаний и клинических навыков клинического персонала в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации		
1	При трудоустройстве проводится оценка клинических навыков врача и утверждается список его клинических привилегий (перечень операций и процедур высокого риска, выполнение которых разрешено врачу в данной медицинской организации)	II
2	При трудоустройстве проводится оценка навыков среднего медицинского персонала и утверждаются персональные списки компетенций в соответствии с процедурами медицинской организации	III
3	При трудоустройстве проводится оценка навыков персонала параклинических структурных подразделений медицинской организации	II
4	Один раз в три года или чаще проводится процедура пересмотра клинических привилегий врача с учетом оценки деятельности врача, его текущей квалификации (знаний, образования, навыков и опыта), исходов лечения, в том числе неблагоприятных исходов и других сведений. * При несоответствии компетенции врача требованиям должностной инструкции, показателям работы или уровню квалификации, рассматривается вопрос отстранения врача от клинической практики в данной организации (ограничение привилегий) или направление на обучение или менторство	II
5	В медицинской организации ежегодно проводится переоценка компетенций персонала, параклинических структурных подразделений и средних медицинских работников	I

25. Ежегодная оценка персонала. Один раз в год проводится оценка работы медицинского персонала, в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации

1)	<p>Утверждаются процедуры оценки и форма оценки медицинских работников. Форма оценки врача клинической специальности (врач, который проводит осмотр или лечение пациента) включает критерии: лечение и уход (врач оказывает эффективную и целесообразную медицинскую помощь); клинические знания (врач владеет нужными знаниями, применяет эти знания в работе); повышение квалификации (врач улучшает свою клиническую практику и знания); личные качества и коммуникабельность (врач поддерживает профессиональные взаимоотношения с пациентами и коллегами); этическая практика (врач относится к пациенту с состраданием, уважением к пациентам из разных социальных и культурных слоев); системное мышление (врач проявляет активность и гибкость в использовании нужных ресурсов); бережливое отношение к ресурсам (врач целесообразно и своевременно назначает лекарственные средства, исследования, консультации)</p>	III
2)	<p>При оценке врачей, среднего медицинского персонала и других работников, перечень которых определен медицинской организацией, учитываются установленные показатели работы (индикаторы деятельности) и эти показатели содержатся в личных делах</p>	II
3)	<p>Заполненная форма оценки персонала хранится в личном деле. Персонал организации ознакомлен с результатами оценки его работы</p>	III
4)	<p>На основании результатов оценки определяется соответствие персонала занимаемой должности согласно требованиям законодательством Республики Казахстан ***</p>	III
5)	<p>Проводится оценка профессиональных компетенций персонала (смотреть подпункты 4), 5) пункта 24 настоящего Стандарта)</p>	II
<p>26. Здоровье и безопасность персонала. Здоровье и безопасность персонала медицинской организации поддерживаются в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***</p>		
1)	<p>Медицинская организация предоставляет (или обеспечивает) персоналу идентификационные бейджи, необходимую защитную одежду, средства индивидуальной защиты и защитное оборудование (включая средства для радиационной безопасности)</p>	I
2)	<p>Медицинская организация проводит оценку безопасности рабочих мест в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***</p>	III
3)	<p>Медицинская организация проводит мониторинг рабочей нагрузки, оказывает психологическую поддержку персонала для минимизации стресса и его контроля *</p>	II
4)	<p>Медицинская организация создает условия и проводит мероприятия для персонала по продвижению здорового образа жизни (спортивные мероприятия, мероприятия направленные против табакокурения и другие) **</p>	I
5)	<p>Медицинская организация обеспечивает защиту персонала от вредных и (или) опасных производственных факторов и принимает меры по предотвращению производственного травматизма **</p>	I
<p>27. Внештатные работники. Персонал, не состоящий в штатном расписании организации (внештатный персонал), имеет соответствующее предоставляемыми ими медицинскими услугами образование и квалификацию</p>		
1)	<p>Внештатный персонал соответствует квалификационным требованиям, предъявляемым руководством медицинской организации. Копия договора на оказание услуг имеется в кадровой службе (смотреть подпункт 2) пункта 21 и подпункт 1) пункта 22 настоящего Стандарта) **</p>	III
2)	<p>Личное дело внештатного персонала содержит доказательство проверки подлинности у первоисточника документов об образовании (смотреть подпункт 2) пункта 21 настоящего Стандарта) **</p>	III

3	При трудоустройстве проводится оценка клинических навыков внештатного медицинского персонала и утверждается список клинических привилегий или список компетенций в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации (смотреть подпункты 1), 2) и 3) пункта 24 настоящего Стандарта) **	III
4	Один раз в год проводится оценка качества работы внештатного персонала, результаты оценки хранятся в личном деле (смотреть пункт 25 настоящего Стандарта) **	III
5	Результаты оценки качества работы внештатного персонала применяются для повышения качества услуг медицинской организации	I
28. Мониторинг договоров. Руководители медицинской организации контролируют качество представляемых по договору услуг и товаров.		
1	Руководителем медицинской организации определяются ответственные лица по курации договоров о закупке товаров или услуг для медицинской организации	II
2	В каждом договоре прописываются требования к поставщикам, объему и качеству предоставляемых услуг или товаров**	I
3	В каждом договоре прописываются индикаторы, на основании которых медицинская организация проводит мониторинг договора и оценку качества услуг или товаров поставщика **	II
4	Результаты мониторинга договоров на основе установленных индикаторов доводятся до сведения руководства медицинской организации	II
5	При несоответствии качества услуг или товаров поставщика требованиям медицинской организации , принимаются меры по устранению несоответствий вплоть до расторжения договора с поставщиком	I

Глава 3: Управление безопасностью

Параграф 1. Инфекционный контроль.		
29. Комиссия по инфекционному контролю. Комиссия по инфекционному контролю координирует выполнение программ и алгоритмов по инфекционному контролю		
1	Медицинская организация проводит анализ результатов инфекционного контроля и эпидемиологической обстановки за год, включающий оценку эпидемиологических рисков **	I
2	На основании оценки эпидемиологических рисков руководством медицинской организации разрабатываются и утверждаются программа инфекционного контроля и план работы (план мероприятий) по инфекционному контролю на предстоящий календарный год, включающие достижимые и измеримые задачи по снижению рисков **	III
3	Проводится мониторинг инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (внутрибольничные инфекции), в том числе связанных с использованием дыхательной аппаратуры, применением катетеров, а также вызванных резистентными микроорганизмами и другими приоритетными для организации инфекциями **	I
4	Комиссия по инфекционному контролю проводит анализ данных по внутрибольничным инфекциям и на их основании принимает меры для повышения инфекционной безопасности пациента **	II
5	Не реже одного раза в квартал специалисты инфекционного контроля/члены комиссии инфекционного контроля информируют персонал и руководство организации о результатах мониторинга индикаторов инфекционного контроля, и о рекомендациях для улучшения деятельности медицинской организации по вопросам инфекционного контроля	I
30. Программа по инфекционному контролю. В медицинской организации разрабатывается и внедряется программа по инфекционному контролю		
1	Программа по инфекционному контролю разрабатывается и внедряется в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	III
2	При разработке программы по инфекционному контролю учитываются рекомендации ВОЗ или других профессионально признанных источников, основанных на доказательной медицине *	III

3	Результаты инфекционного контроля своевременно предоставляются в территориальные департаменты Комитета охраны общественного здоровья уполномоченного органа в области здравоохранения в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	I
4	Руководство предоставляет необходимые ресурсы для эффективного выполнения программы инфекционного контроля	II
5	Руководством медицинской организации утвержден ответственный персонал за своевременное предоставление результатов инфекционного контроля в уполномоченный орган в области здравоохранения	II
31. Процедуры по инфекционному контролю. Медицинская организация разрабатывает, утверждает и внедряет процедуры и алгоритмы в области инфекционного контроля		
1	В медицинской организации внедряются алгоритмы по универсальным мерам предосторожности, применению средств индивидуальной защиты *	II
2	Процедуры и алгоритмы медицинской организации в области инфекционного контроля разрабатываются в соответствии с законодательством Республики Казахстан*	II
3	В медицинской организации в наличии имеется достаточное количество средств индивидуальной защиты (смотреть подпункт 5) пункта 30 настоящего Стандарта)	II
4	В местах обработки рук установлены раковины с проточной водой, мылом, антисептиками, салфетками или другими средствами для сушки рук (смотреть подпункт 5) пункта 30 настоящего Стандарта)	I
5	Средства индивидуальной защиты используются персоналом в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации	I
32. Дезинфекция, стерилизация и прачечная. Чистка (уборка), дезинфекция, стерилизация и обращение с бельем проводятся с минимизацией риска инфекций в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан ***		
1	Персонал медицинской организации соблюдает требования законодательства в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Республике Казахстан по чистке (уборке), дезинфекции помещений и поверхностей	I
2	Одноразовые изделия утилизируются (исключается повторное использование) после использования в соответствии с утвержденными процедурами организации и требованиями законодательства Республики Казахстан *	I
3	Дезинфекция и стерилизация изделий медицинского назначения проводится с минимизацией риска инфекций, с соблюдением поточности процесса от "грязной" к "чистой" зоне. Персонал соблюдает этапность проведения стерилизации (сбор, транспортировка, учет, укладка, предстерилизационная очистка, стерилизация, упаковка, маркировка, доставка, хранение инструментов) *	I
4	Качество предстерилизационной очистки и стерилизации контролируется с применением химических и (или) биологических индикаторов **	I
5	Обращение с чистым и грязным бельем, стирка белья проводится с минимизацией риска кросс-инфекции. Персонал соблюдает процедуры по обращению с бельем (сбор, транспортировка, передача, стирка, глажка, учет, раздача, применение) *	I
33. Медицинские отходы. Организация обеспечивает безопасное обращение с отходами		
1	В медицинской организации внедряется процедура по безопасному обращению с медицинскими отходами, включая обращение с острыми, колющими и режущими изделиями медицинского назначения, классификация всех отходов, образуемых в медицинской организации, а также их своевременная утилизация *	I
2	Помещение для централизованного сбора опасных медицинских отходов соответствует требованиям законодательства Республики Казахстан (используются закрытые мусорные контейнеры, достаточная вентиляция воздуха, соблюдается температурный режим)	I
	Отходы утилизируются безопасным образом в соответствии с законодательством Республики Казахстан * * *	

3	Острые, колющие и режущие предметы утилизируются в специальных контейнерах для безопасного сбора и утилизации отходов	I
4	Остатки и компоненты крови, биологические жидкости, ткани организма хранятся и утилизируются с минимизацией риска инфицирования в маркированных контейнерах, согласно классификации отходов, с соблюдением температурного режима и сроков временного хранения	I
5	Медицинский персонал обучается процедурам по обращению с опасными медицинскими отходами и соблюдает их на практике **	I
34. Пищеблок. Медицинская организация минимизирует риск инфекций при приготовлении пищи		
1	Обращение с продуктами питания на всех этапах соответствует требованиям законодательства Республики Казахстан и обеспечивается их сохранность и безопасность ***	I
2	Продукты питания хранятся с соблюдением требований норм санитарно-эпидемиологического благополучия населения Республики Казахстан, включая температурный режим, влажность, защиту от света, вентиляцию, сроки хранения, товарное соседство, наличие документов, подтверждающих происхождение, качество и безопасность, соблюдения условий, исключающих их загрязнение и порчу, а также попадание в них посторонних предметов и веществ *	I
3	Технологические процессы приготовления пищи происходят с соблюдением требований норм санитарно-эпидемиологического благополучия населения Республики Казахстан, включая температурный режим, деление на зоны (сырая, готовая продукция), маркировку разделочного инвентаря, оборудования и тары, раздельную обработку готового и сырого пищевых продуктов	I
4	Проводится обработка продуктов питания, поверхностей, посуды и других мест приготовления, обработки и хранения пищи, а также вспомогательных помещений пищеблока, для предотвращения кросс-инфекций в пищеблоке в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями	I
5	Персонал пищеблока медицинской организации проходит медицинский осмотр, профессиональную подготовку (квалификацию, специальность), соответствующую характеру выполняемых работ, а также обучение и аттестацию в области соблюдения требований норм санитарно-эпидемиологического благополучия населения Республики Казахстан, обеспечивающих безопасность производства пищевых продуктов **	I
35. Инженерные системы и ремонтные работы. Инфекционный контроль поддерживается инженерными системами. Требования инфекционного контроля соблюдаются при проведении ремонтных работ		
1	В местах, где необходима асептическая рабочая зона, (микробиологическая, патологоанатомическая лаборатории) в медицинской организации устанавливается специализированное лабораторное оборудование (ламинарные боксы)	II
2	Фильтр с отдельным входом и (или) изолятор с боксом для изоляции пациентов с инфекцией оснащены в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан ***	I
3	В медицинской организации при проведении ремонтных и строительных работ соблюдаются процедуры по инфекционному контролю по определению уровня рисков в зависимости от масштаба и вида работ *	I
4	Лица, осуществляющие ремонтные работы, обучаются по вопросам инфекционного контроля	II
5	Для предотвращения инфицирования пациентов и персонала в результате ремонтно-строительных работ, их производство письменно согласуются с ответственным лицом инфекционного контроля медицинской организации **	II
36. Процедура изоляции. В медицинской организации разрабатываются и внедряются процедуры и алгоритмы по изоляции инфекционного пациента		
1	Персонал медицинской организации обучается процедурам и алгоритмам по изоляции инфекционных пациентов	III
2	В медицинской организации имеется фильтр с отдельным входом и (или) изолятор с боксом для изоляции пациентов с инфекцией	I

3	В зоне нахождения инфекционного пациента имеются средства индивидуальной защиты, визуальный знак информирующий персонал и посетителей о риске инфекционного заражения. Процедура изоляции включает строгое соблюдение правил обработки рук	I
4	Пациенты с инфекцией и ухаживающие за ними лица обучаются вопросам инфекционного контроля, включая правилам обработки рук и требованиям к пациентам по изоляции **	II
5	Уборка, обработка помещения и предметов во время нахождения инфекционного пациента и после его выписки проводятся согласно требованиям санитарно-эпидемиологического благополучия населения Республики Казахстан ***	I
37. Обучение персонала по вопросам инфекционного контроля. Медицинская организация проводит непрерывное обучение персонала по инфекционному контролю		
1	Ежегодно весь персонал медицинской организации проходит обучение по вопросам инфекционного контроля**	III
2	Знания персонала медицинской организации по инфекционному контролю тестируются ежегодно	III
3	Дополнительное обучение по инфекционному контролю проводится для студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации	II
4	Проводится обучение пациентов, законных представителей пациента по вопросам инфекционного контроля	II
5	В случае ухудшения показателей индикаторов мониторинга инфекционного контроля, в медицинской организации проводится дополнительное обучение медицинского персонала (смотреть подпункт 5) пункта 29 настоящего Стандарта) по вопросам инфекционного контроля	II
Параграф 2. Безопасность здания		
38. Комиссия по безопасности зданий. В медицинской организации внедряется Программа по безопасности зданий, выполнение которой координирует Комиссия по безопасности зданий		
1	Создается и работает Комиссия по безопасности зданий, которая координирует действия по поддержанию безопасности зданий и окружающей среды **	III
2	Программа по безопасности зданий разрабатывается на основе законодательства Республики Казахстан и включает разделы: безопасность окружающей среды и система охраны, пожарная безопасность, готовность к чрезвычайным ситуациям, обращение с опасными материалами, медицинское оборудование, коммунальные (инженерные) системы *	III
3	Программа по безопасности зданий пересматривается ежегодно с определением приоритетных на каждый год направлений работы *	III
4	Ежеквартально руководитель медицинской организации получает отчет от Комиссии по безопасности здания или должностного лица, ответственного за выполнение Программы по безопасности зданий, с указанием проведенных ключевых работ и существующих проблемах (рисков) безопасности зданий и окружающей среды **	II
5	Руководитель медицинской организации ежегодно направляет отчет в Орган управления медицинской организации о выполнении Программы по безопасности зданий с указанием проведенных ключевых работ и существующих проблем (рисков) безопасности зданий и окружающей среды. В случае если Орган управления и руководитель медицинской организации являются одним лицом, то отчет предоставляет Комиссия по безопасности здания или должностное лицо, ответственное за выполнение Программы по безопасности зданий **	II
39. Безопасность окружающей среды. Здание (-я) и территория медицинской организации являются безопасными и комфортными для пациентов, персонала и посетителей *		
1	Состояние здания (-й) и территории медицинской организации соответствуют требованиям законодательства Республики Казахстан ***	I
2	Случаи производственного травматизма и другие подлежащие отчетности сведения сообщаются в уполномоченные органы	I

3	Комиссия по безопасности зданий ежеквартально инспектирует (тестирует) здания и помещения, инженерные системы и оборудование с последующим документированием результатов проведенной инспекции	III
4	Здания и помещения, инженерные системы, оборудование и прочие предметы регулярно обновляются и поддерживаются на безопасном уровне	III
5	При обнаружении значительных рисков для персонала, пациентов, посетителей или для окружающей среды, руководство медицинской организации предпринимает надлежащие действия по выделению средств, информированию заинтересованных сторон и снижению выявленных рисков	I
40. Охрана и защита. Обеспечивается охрана и защита здания и территории медицинской организации * (смотреть подпункт 2) пункта 38 настоящего Стандарта)		
1	Медицинский персонал, внештатные и контрактные работники, студенты, слушатели резидентуры, лица, обучающиеся на базе медицинской организации, идентифицируются в соответствии с процедурами медицинской организации (смотреть подпункт 1) пункта 26 настоящего Стандарта)	III
2	Сотрудниками охранной службы проводится мониторинг (видеонаблюдение и обход) здания и территории с целью охраны и защиты	II
3	Документируются обход (инспекция) здания и передача дежурств между сотрудниками охранной службы **	III
4	Ограничивается вход посторонних лиц в дневной стационар и режимные отделения (зоны контроля инженерных, коммунальных систем и другие)	I
5	Сотрудники охранной службы обучаются действиям при чрезвычайных ситуациях (при кодах по безопасности), а также оказанию первой помощи **	II
41. Пожарная безопасность. Внедряется программа по снижению пожарного риска и задымления*		
1	Функционирует система раннего выявления пожара, в наличии исправные средства для пожаротушения, которые регулярно инспектируются и при необходимости обновляются	II
2	Инспекция, тестирование и поддержание средств и систем для раннего выявления и тушения пожара документируются **	I
3	Для безопасной эвакуации из здания при пожаре и других чрезвычайных ситуациях пути эвакуации поддерживаются в свободном состоянии. В наличии имеются информационные и указательные знаки (указатели выхода, размещения пожарного инвентаря и гидрантов), схемы эвакуации	II
4	Для ограничения распространения дыма и огня устанавливаются противопожарные двери, используются огнеупорные материалы, минимизируется использование возгораемых материалов	II
5	С персоналом медицинской организации ежегодно проводятся практические учения по действиям при пожаре и задымлении (смотреть подпункт 2) пункта 47 настоящего Стандарта) **	II
42. Другие чрезвычайные ситуации. Внедряется программа по снижению риска прочих чрезвычайных ситуаций		
1	Медицинская организация определяет значимые для региона виды чрезвычайных ситуаций в виде оценки рисков с указанием вероятности возникновения, уровня разрушительной силы (последствий) и степени готовности организации к значимым для региона видам чрезвычайных ситуаций **	III
2	На основе оценки рисков по чрезвычайным ситуациям в годовом плане мероприятий определяются приоритетные направления работы **	III
3	Выделяются ресурсы для улучшения готовности организации к чрезвычайным ситуациям	III
4	В медицинской организации ежегодно проходят практические учения персонала по принимаемым действиям при чрезвычайных ситуациях: оказание экстренной медицинской помощи, готовность использования альтернативных источников воды и электричества, проверка готовности системы оповещения, (смотреть подпункт 3) пункта 46 настоящего Стандарта) **	III

5	По окончании практического обучения по действиям при чрезвычайных ситуациях, проводится) анализ результатов проведенного обучения, с разработкой плана мероприятий по улучшению несоответствий и поддержке непрерывного улучшения **	II
43. Опасные материалы и отходы. Обращение с опасными материалами и отходами осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан, и обеспечивается безопасность людей и окружающей среды***		
1	Определяется список всех опасных материалов и отходов (включая огнеопасные материалы) медицинской организации с указанием названий (состава), мер предосторожности и мер первой) помощи при аварийных ситуациях, мест хранения, максимально допустимого объема хранения и применимых для маркировки предупреждающих знаков (смотреть пункт 33 настоящего Стандарта)	II
2	Прописываются требования к обращению с опасными материалами, включая их маркировку,) хранение, ношение защитных средств при работе, транспортировке, утилизации *	II
3	Все опасные материалы и отходы маркируются с указанием названия (состава), срока годности и) применимых предупреждающих знаков	II
4	В местах применения опасных материалов имеется доступная информация по мерам) предосторожности и алгоритмам оказания первой медицинской помощи	I
5	Медицинский персонал обучается действиям при разлинии опасного материала, включая быстрый) сбор (обеззараживание) и сообщение об инциденте ответственным должностным лицам	I
44. Медицинское оборудование. Безопасность медицинского оборудования обеспечивается путем тестирования, калибровки, поддержания в рабочем состоянии и обучения персонала		
1	Внедряется программа по обеспечению безопасности медицинского оборудования	III
2	Определяется список и ведется учет всего медицинского оборудования	III
3	Проводится и документируется профилактическое обслуживание, тестирование, калибровка,) поддержание, ремонт медицинского оборудования: профилактическое обслуживание каждой единицы оборудования проводится с частотой согласно инструкции производителя или чаще; частота профилактического обслуживания прописана в документах медицинской организации; график профилактического обслуживания оборудования составляется ежегодно **	I
4	Проводится обучение персонала безопасной работе с медицинским оборудованием в соответствии с) процедурами, утвержденными руководством медицинской организации. Обученный и компетентный персонал допускается к работе с медицинским оборудованием *	III
5	Внедряется система оповещения пользователей и принятия мер при отзыве, поломке и прочих) случаях, связанных с медицинским оборудованием (например, риск возгорания) *	I
45. Коммунальные системы. Коммунальные и инженерные системы в медицинской организации соответствуют требованиям законодательства Республики Казахстан ***		
1	Руководством медицинской организации определяется порядок и частота инспекций, тестирования и) поддержания коммунальных и инженерных систем *	III
2	Функционирование коммунальных и инженерных систем контролируется, поддерживается и) улучшается	III
3	Проводится мониторинг системы вентиляции с документированием результатов проведенного) мониторинга	III
4	Для предупреждения пылевого загрязнения в системе вентиляции устанавливаются фильтры,) которые меняются с частотой согласно рекомендации производителя	III
5	Коммунальные и инженерные системы маркируются для облегчения частичного или полного) отключения при чрезвычайных ситуациях	I

46. Вода и электричество. В медицинской организации обеспечивается непрерывный доступ к воде и электричеству, включая их альтернативные источники

1)	В медицинской организации питьевая вода является доступной круглосуточно в любое время года	III
2)	В медицинской организации электричество является доступным круглосуточно в любое время года	III
3)	В медицинской организации определяются зоны и услуги, для которых наиболее важно водоснабжение и электроснабжение из альтернативных источников **	III
4)	Альтернативные источники водоснабжения тестируются ежеквартально **	II
5)	Альтернативные источники электроснабжения тестируются ежеквартально, имеется необходимый запас топлива для выработки электричества из альтернативного источника **	III

47. Обучение персонала по безопасности зданий. Проводится обучение, тестирование знаний персонала медицинской организации для поддержания безопасности зданий и окружающей среды

1)	Персонал медицинской организации обучается правилам обращения с опасными материалами	II
2)	Персонал медицинской организации обучается действиям при пожаре, включая сообщение о пожаре, навыкам применения огнетушителей и эвакуации пациентов	II
3)	Персонал медицинской организации обучается работе с оборудованием и коммунальными (инженерными) системами, включая действия при чрезвычайных ситуациях (смотреть подпункт 4) пункта 44 настоящего Стандарта)	II
4)	Штатный и внештатный персонал, студенты, слушатели резидентуры, лица, обучающиеся на базе медицинской организации, арендаторы помещений, волонтеры и посетители обучаются правилам безопасности при нахождении в здании и на территории медицинской организации	III
5)	Ежегодно, в соответствии с утвержденными руководством медицинской организации процедурами, проводится тестирование знаний персонала по правилам безопасности при нахождении в здании и на территории медицинской организации	I

Параграф 3. Безопасность лекарственных средств и изделий медицинского назначения

48. Управление лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения. В медицинской организации обеспечивается безопасное обращение с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в организации

1)	Обращение с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
2)	Ежегодно проводится анализ системы управления оборотом лекарственных средств и изделий медицинского назначения, включающий: планирование и закуп; хранение; врачебные назначения; приготовление или разведение; введение лекарственных средств пациенту; мониторинг лечебного эффекта**	II
3)	Проводится анализ системы управления лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, включающий оценку рисков (выявление проблем или зон высокого риска, связанных с использованием лекарственных средств) **	II
4)	Разрабатываются и внедряются процедуры, описывающие каждый этап управления лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения: планирование и закуп; хранение; врачебные назначения; приготовление или разведение; введение лекарственных средств пациенту; мониторинг эффекта лекарственных средств *	I
5)	Создается и функционирует формулярная комиссия, рассматривающая вопросы управления лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, включая утверждение формулярного списка **	I

49. Хранение лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Лекарственные средства и изделия медицинского назначения хранятся безопасно и надлежащим образом

1)	Все лекарственные средства и изделия медицинского назначения хранятся с указанием названия (содержания), срока годности в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан **	II
2)	Лекарственные средства и изделия медицинского назначения хранятся с соблюдением температурного режима, влажности и прочих условий, в соответствии с требованиями к их хранению	II
3)	Наркотические и другие лекарственные средства, подлежащие строгому учету и контролю, хранятся в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
4)	Внутренние правила медицинской организации обеспечивают сохранность лекарственных средств и изделий медицинского назначения от утери и кражи	II
5)	Персоналом аптеки / утвержденными должностными лицами проводится контроль всех мест хранения лекарственных средств и изделий медицинского назначения в медицинской организации для обеспечения хранения лекарственных средств в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан **	I

50. Особые случаи обращения с лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и их уничтожение. Прописываются особые случаи обращения с лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и их уничтожение

1)	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется соблюдение порядка выявления и уничтожения лекарственных средств и изделий медицинского назначения с истекшим сроком годности *	I
2)	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется соблюдение порядка обращения лекарственных средств и изделий медицинского назначения приобретенных пациентом (личных, принесенных извне) *	I
3)	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется порядок обращения с наборами лекарственных средств и изделий медицинского назначения для экстренных случаев (противошоковая укладка, противоэпидемическая укладка, реанимационный набор), включая их защиту от кражи и потери, своевременную проверку готовности набора и восполнение содержимого *	I
4)	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется порядок отзыва лекарственных средств и изделий медицинского назначения*	I
5)	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется порядок обращения с опасными лекарственными средствами *	I

51. Назначение лекарственных средств. Прописывается процесс назначения лекарственных средств и проверки назначений лекарственных средств

1)	Утверждены требования к назначению лекарственных средств, включая заполнение обязательной информации в листе назначений или рецепте: идентификация пациента; название лекарственных средств (международное непатентованное или торговое наименование); доза; путь введения; кратность; длительность курса *	I
2)	В медицинской организации разработана и утверждена руководством организации процедура контроля правильности заполнения листов врачебных назначений или рецептов *	I
3)	Разрабатываются и утверждаются руководством медицинской организации процедуры, применяемые при устном назначении лекарственных средств в экстренных ситуациях *	I
4)	Проводится проверка назначений лекарственных средств в текущих медицинских картах для выяснения обоснованности и полноты назначения	I
5)	Проводится выборочный клинический аудит листов врачебных назначений в текущих и закрытых медицинских картах на предмет соблюдения процедур организации и безопасности пациента **	I

52. Мониторинг и обучение обращения с лекарственными средствами. Проводится мониторинг эффекта лекарственных средств и периодическое обучение пациентов и персонала в зависимости от потребности		
1	Разрабатываются и утверждаются руководством медицинской организации процедуры по проведению мониторинга эффекта лекарственных средств и побочных эффектов **	I
2	Проводится обучение пациента по вопросам приема лекарственных средств, включая обучение по рекомендуемым лекарственным средствам после выписки **	I
3	В медицинской организации внедрен процесс выявления, сообщения и анализа потенциальных ошибок и ошибок (смотреть подпункт 3) пункта 6 настоящего Стандарта)	I
4	Для врачей и прочего персонала, вовлеченных в обращение с лекарственными средствами, имеется в доступе справочная информация по лекарственным средствам	I
5	В медицинской организации врачи, медицинские сестры и прочий персонал, вовлеченные в обращение с лекарственными средствами, обучаются по вопросам обращения с лекарственными средствами в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации **	I
53. Контроль антибиотиков. Медицинская организация внедряет программу по контролю антибиотиков		
1	Программа (руководство) по контролю антибиотиков включает список антибиотиков, назначение которых ограничено и есть показания к применению резервных антибиотиков *	I
2	Программа или руководство по контролю антибиотиков разрабатывается коллективно (с участием врачей и (или) клинического фармаколога, специалистов по инфекционному контролю, микробиологии) в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации	I
3	Врачи и другие пользователи обучаются требованиям программы или руководства по контролю антибиотиков	I
4	Медицинские карты регулярно просматриваются на предмет выполнения программы или руководства по контролю антибиотиков	I
5	Выполнение программы или руководства по контролю антибиотиков контролируется через индикаторы, используемые для улучшения работы **	I

Глава 4: Лечение и уход за пациентом

Параграф 1. Безопасность пациента		
54. Идентификация пациента. Безопасность пациента повышается через процесс идентификации пациента		
1	Руководством медицинской организации утверждается стандартная операционная процедура (далее – СОП) идентификации пациента, описывающая процесс идентификации пациента с применением не менее двух идентификаторов пациента *	I
2	Пациент идентифицируется в соответствии с СОП перед каждой процедурой, операцией, инъекцией, приемом лекарственного средства, взятием биоматериала и других ситуациях	I
3	Идентификация пациента облегчается путем использования идентификационного браслета с двумя идентификаторами, либо через другие альтернативные способы идентификации пациента утвержденные руководством медицинской организации	I
4	Идентификаторы пациента присутствуют во всех формах медицинских карт и на всех контейнерах с биоматериалом пациента	I
5	Процесс идентификации пациента контролируется через индикаторы, которые применяются для повышения безопасности пациента. Индикаторы выбираются в зависимости от используемых способов идентификации пациента**	I
55. Эффективная передача информации. Безопасность пациентов повышается через стандартизированный процесс передачи устной и (или) телефонной информации		

1	Разрабатываются и внедряются СОП приема и передачи информации устно и (или) по телефону, где прописано, что получатель информации записывает и прочитывает сообщение вслух, сообщающее лицо подтверждает правильность сообщения	I
2	Сообщения о критических результатах лабораторных и диагностических исследований, устные назначения лекарственных средств пациенту передаются согласно СОП приема и передачи информации устно и (или) по телефону *	I
3	Медицинская организация устанавливает список критических значений для всех лабораторных и диагностических исследований (оказываемых медицинской организацией или переданных в аутсорсинг)	I
4	Разрабатываются и внедряются СОП по передаче информации между медицинскими работниками при передаче ухода за пациентом, пациентами, лицами, осуществляющими уход за пациентом	I
5	Процесс передачи устной и (или) телефонной информации при сообщении критических результатов лабораторных и диагностических исследований и процесс передачи пациента между организациями и службами мониторируется через индикатор (-ы), которые применяются для повышения безопасности пациента*	I
56. Лекарственные средства высокого риска (лекарственные средства обладающих высоким риском развития побочного действия и нанесения значительного вреда здоровью пациента, а также лекарственные средства схожие с наименованиями либо упаковками других лекарственных средств). Безопасность пациентов повышается за счет стандартизированной маркировки и безопасного обращения с лекарственными средствами высокого риска		
1	Разрабатывается СОП, описывающая обращение с лекарственными средствами высокого риска. * Процедура включает: маркировку лекарственных средств высокого риска; хранение лекарственных средств высокого риска; назначение и применение – если есть особенности; список лекарственных средств высокого риска; обучение персонала	I
2	Разрабатывается СОП, описывающая обращение с концентрированными электролитами. * Процедура включает: маркировку концентрированных электролитов; хранение концентрированных электролитов – запрет на хранение в местах редкого использования, хранение только в местах клинической необходимости; назначение и применение – если есть особенности; список концентрированных электролитов; обучение персонала	I
3	Разрабатывается СОП, описывающая обращение с лекарственными средствами со схожим названием и схожей упаковкой. Процедура включает: маркировку лекарственных средств со схожим названием и схожей упаковкой; запрет на хранение лекарственных средств на одной полке или рядом, если у них созвучны названия или схожий внешний вид; назначение и применение – если есть особенности; список лекарственных средств со схожим названием и схожей упаковкой; обучение персонала *	I
4	СОП, описывающие обращение с лекарственными средствами высокого риска, с концентрированными электролитами, с лекарственными средствами со схожим названием и схожей упаковкой выполняются во всей организации	I
5	Обращение с концентрированными электролитами, лекарственными средствами высокого риска и лекарственными средствами со схожим названием, и схожей упаковкой мониторируются через индикаторы, которые применяются для повышения безопасности пациента**	I

57. Хирургическая безопасность: правильный участок тела, правильная процедура и правильный пациент. Безопасность пациентов повышается за счет стандартизированной предоперационной верификации (подтверждение соответствия пациента планируемой инвазивной процедуре) и тайм-аута (проверка готовности медицинского персонала к операции или инвазивной процедуре высокого риска), чтобы обеспечить правильную процедуру на правильном участке тела правильному пациенту

1	В медицинской организации разрабатываются СОП, описывающие процесс маркировки места операции и (или) инвазивной процедуры высокого риска, а также процедуры предоперационной верификации и тайм-аута для обеспечения правильного участка тела, правильной процедуры и операции и идентификации пациента *	I
2	Участок тела маркируется перед операцией и инвазивной процедурой высокого риска в виде единого знака, утвержденного в медицинской организации, врачом, который будет выполнять операцию (процедуру)	I
3	В соответствии с процедурами и формой, утвержденными руководством медицинской организации осуществляется предоперационная верификация, включающая проверку процессов: подтверждение пациентом своих идентификаторов (полное имя, дата рождения); подтверждение пациентом информированного согласия на осуществление оперативного вмешательства или процедуру высокого риска; подтверждение пациентом участка оперативного вмешательства (сторона и участок тела и (или) о р г а н) ; маркировка места операции; наличие или отсутствие аллергии у пациента; проблемы дыхательных путей у пациента	I
4	Вся хирургическая команда участвует в процедуре тайм-аута, включающего следующие этапы: идентификация пациента; подтверждение названия оперативного вмешательства или инвазивной процедуры; подтверждение участка и стороны оперативного вмешательства или инвазивной процедуры; готовность хирургической бригады к операции. Тайм-аут документируется в медицинской карте	I
5	Выполнение предоперационной верификации и процедуры тайм-аута мониторируются через индикаторы, которые применяются для повышения безопасности пациента**	I

58. Снизить риск инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи через обработку рук. Безопасность пациентов повышается за счет комплексной программы обработки рук для предотвращения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи

1	Разрабатываются основанные на доказательной базе (литературе) процедуры, описывающие виды и этапы мытья рук (обработки рук), а также показания для обработки рук*	I
2	Процедуры по обработке рук выполняются по всей медицинской организации	I
3	Ресурсы для выполнения процедур обработки рук представлены в необходимом объеме	I
4	Медицинский персонал обучаются видам, этапам и показаниям обработки рук **	I
5	Практика обработки рук мониторируются через индикатор (-ы), которые применяются для повышения безопасности пациента **	I

59. Снизить риск вреда вследствие падений пациента. Безопасность повышается за счет первичной и повторной оценки риска падения у пациентов группы риска, а также за счет профилактических мероприятий и безопасной окружающей среды

1	Разрабатывается СОП профилактики падений, которая направлена на предотвращение падений и травм от падений. Персонал медицинской организации обучается данной СОП *	I
2	Процедуры по профилактике падений имеют четкие требования к оценке риска падения	I

3)	Оценка и переоценка риска падения выполняются, когда это требуется и своевременно документируются в медицинской карте **	I
4)	Выполняются действия по профилактике падений, включая сопровождение пациентов с высоким риском падения и другие действия, определенные в правилах медицинской организации	I
5)	Профилактика падений и число падений мониторируются через индикатор (-ы), которые применяются для повышения безопасности пациента **	I
Параграф 2. Права пациента		
60. Доступ к медицинской помощи для лиц с ограниченными возможностями. Доступ к медицинской помощи облегчается для лиц с ограниченными возможностями		
1)	Вход в здание имеет пути, доступные для инвалидных колясок, поручни и перила	II
2)	Для лиц с ограниченными возможностями являются доступными инвалидные кресла, костыли, трости	II
3)	Разрабатываются и утверждаются руководством медицинской организации процедуры по обеспечению сопровождения лиц с ограниченными возможностями	I
4)	Туалеты для пациентов с ограниченными возможностями, палаты дневного стационара и другие места, определенные руководством медицинской организации, имеют кнопки вызова или другие средства вызова помощи со стороны медицинского персонала	I
5)	Вход в здание оборудован поручнями и перилами	I
61. Процедуры по правам пациента. Медицинская организация разрабатывает и внедряет процедуры, направленные на соблюдение прав пациента в соответствии с законодательством Республики Казахстан **		
1)	Медицинская организация разрабатывает и внедряет процедуры, направленные на соблюдение прав пациента и включает в этот процесс пациентов и их законных представителей **	I
2)	Информация о правах пациента и их законных представителей размещена на государственном и русском языках в соответствии с законодательством Республики Казахстан **	II
3)	Пациенты информируются о своих правах и солидарной ответственности за свое здоровье, которая включает информирование врача о предыдущих заболеваниях, лечении, обследованиях, а также необходимость следования рекомендациям медицинского персонала	II
4)	Медицинская организация соблюдает права пациентов по предоставлению их законным представителям информации относительно их лечения в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации *	I
5)	Весь персонал осведомлен о правах пациента и их законных представителей	II
62. Доступ к получению медицинской помощи. Выявляются и снижаются риски доступности медицинской помощи (возрастные, физические, языковые, культурные и другие ограничения пациентов)		
1)	Здание медицинской организации и прилегающая к ней территория оборудованы необходимыми информационными и указательными знаками	III
2)	При обращении пациентов с коммуникативными проблемами (языковой барьер, глухонемые и т.д.) медицинская организация предпринимает все необходимые меры для обеспечения их надлежащей медицинской помощью	II
3)	Медицинский персонал не ограничивает культурные или духовные предпочтения пациентов и не препятствует пациентам в доступе к духовной помощи	II
4)	Функционирует система охраны и материальной ответственности должностных лиц медицинской организации, обеспечивающих защиту имущества пациентов от кражи и утери	III
5)	Организация выявляет другие ограничения в медицинском уходе и принимает меры по их снижению	II

63. Приватность и конфиденциальность информации. Соблюдаются права пациента на неприкосновенность частной жизни (приватность), конфиденциальность информации, достойное и уважительное отношение к пациенту

1)	Медицинская организация обеспечивает приватность пациента в процессе лечения и предоставления ухода	I
2)	Конфиденциальность информации о пациенте сохраняется в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан ***	I
3)	Медицинский персонал организации определяет потребности пациентов в приватности и конфиденциальности в процессе лечения и предоставления ухода	II
4)	Медицинский персонал осведомлен о законодательстве Республики Казахстан, регулирующий конфиденциальность информации	I
5)	Медицинский персонал проявляет уважительное отношение к пациенту на всех этапах лечения	II

64. Обращения пациентов и их законных представителей. Обращения пациентов и их законных представителей принимаются и рассматриваются своевременно и объективно

1)	В организации существует и используется процесс приема обращений от пациентов и их законных представителей относительно нарушения прав пациента**	II
2)	Руководством медицинской организации утверждаются процедуры по процессу сбора, приоритизации и рассмотрения обращений пациентов и их законных представителей в соответствии с законодательством Республики Казахстан *	II
3)	Обращения пациентов и их законных представителей рассматриваются своевременно и объективно в течение периода времени определенного законодательством Республики Казахстан ***	II
4)	Персоналом службы поддержки пациента и контроля качества проводится сбор, обработка, анализ и мониторинг обращений в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации. Результаты анализа используются для повышения качества медицинских услуг	I
5)	Результаты анализа обращений используются для повышения качества медицинских услуг организации здравоохранения	II

65. Информированное добровольное согласие пациента на медицинские услуги. Медицинской организацией внедряются процедуры получения общего информированного добровольного согласия пациента на медицинские услуги

1)	Процесс получения информированного добровольного согласия пациента или их законного представителя определяется в процедурах, утвержденных руководством медицинской организации, в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
2)	Пациенты медицинской организации осведомлены о процедуре получения добровольного информированного согласия на медицинские услуги в данной медицинской организации	I
3)	Ответственный медицинский персонал обучен процессу получения общего информированного добровольного согласия пациента или их законного представителя на медицинские услуги, используя понятные и доступные для пациента пояснения	II
4)	При ознакомлении с информированным добровольным согласием пациенты или их законные представители информируются об исследованиях, процедурах и лечении, требующих отдельного специального информированного согласия	II
5)	В информированном добровольном согласии пациента или их законного представителя дополнительно оговаривается возможность проведения фото- и видеосъемки в целях безопасности или иных целях	I

66. Специальное информированное добровольное согласие пациента. Медицинской организацией внедряются процедуры получения специального информированного добровольного согласия пациента на медицинские услуги перед операцией, анестезией, процедурной седацией, а также при других процедурах высокого риска

--	--	--

1	Руководством медицинской организации утверждаются процедуры, описывающие получение специального информированного добровольного согласия пациента и их законных представителей	II
2	Руководством медицинской организации утверждается список процедур высокого риска, требующих получение специального добровольного информированного согласия пациента в соответствии с законодательством Республики Казахстан. Список разрабатывается совместно врачами и лицами, которые оказывают процедуры и лечение высокого риска *	I
3	Ответственный медицинский персонал обучены процессу получения специального информированного добровольного согласия пациента или их законных представителей на процедуры высокого риска, используя понятное и доступное изложение	II
4	Информация специального информированного добровольного согласия пациента или их законных представителей на процедуры и лечение высокого риска соответствует установленным требованиям законодательства Республики Казахстан ***	I
5	Информированное добровольное согласие пациента оформляется и документируется в медицинской карте перед любой операцией, процедурой высокого риска, анестезией и седацией, перед участием в научном проекте или в экспериментальном лечении и в других ситуациях, определенных медицинской организацией *	I
67. Отказ от лечения. Пациент информирован о праве на отказ от предложенной медицинской помощи		
1	Руководством медицинской организации утверждена процедура оформления отказа пациента от предложенной медицинской помощи (полностью или частично, от продолжения лечения) в соответствии с законодательством Республики Казахстан *	II
2	Отказ от медицинской помощи с указанием возможных неблагоприятных последствий для здоровья оформляется записью в медицинских документах и подписывается пациентом либо его законным представителем, а также задействованным медицинским работником в соответствии с утвержденными руководством процедурами медицинской организации *	II
3	По требованию пациента организация предоставляет информацию о процессе проводимого лечения в полном объеме для возможности получения пациентом второго мнения, согласно утвержденным процедурам медицинской организации *	III
4	В медицинской организации существует процесс документирования отказа пациента от определенного лечения, части лечения, инвазивной процедуры или от госпитализации	II
5	Медицинский персонал уважает право пациента отказаться от лечения и информирует его об альтернативных видах лечения, возможных рисках и осложнениях вследствие отказа	I
68. Научные исследования. Участие пациента в научных исследованиях или экспериментальном лечении проводится в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***		
1	В медицинской организации создается и работает Локальная Этическая Комиссия, которая наблюдает за проведением научных исследований с вовлечением пациента или экспериментального лечения **	I
2	В процедурах, разработанных медицинской организацией в соответствии с законодательством Республики Казахстан определяются функции Локальной Этической Комиссии, включающие обзор научного исследования, анализ ожидаемых преимуществ и рисков для безопасности пациента и принятие решения о проведении исследования ***	I
3	Руководством медицинской организации определяется лицо, осуществляющее контроль за проведением и координацией научного исследования с вовлечением пациента (главный исследователь)	III
4	Перед началом исследования пациентом или его законным представителем подписывается информированное согласие на участие в научном исследовании с указанием идентификации пациента, фамилии и подписи врача, даты, времени, подписи пациента или законного представителя	III
5	Пациент информируется о ходе исследования и обязанностях пациента, об ожидаемых преимуществах, рисках и дискомфорте, альтернативных видах лечения, праве отказаться от участия в исследовании в любое время без страха предвзятого отношения после отказа	I

Параграф 3. Основы клинического ухода		
69. Пациенты группы риска. Медицинская организация определяет пациентов группы риска и процедуры высокого риска (процедуры которые имеют высокую вероятность причинения вреда жизни или здоровью пациента и требуют повышенного внимания со стороны медицинского персонала и пациента)		
6	Руководством медицинской организации определяются пациенты группы риска, которые по причине своего состояния, возрастных или физических особенностей не способны выражать свое мнение, либо существует риск резкого ухудшения состояния их здоровья за короткий промежуток времени	II
1	Внедряются процедуры, описывающие особенности осмотра, лечения, ухода, обращения с пациентами группы риска *	III
2	Форма осмотра пациента по необходимости дополняется информацией, важной для пациентов группы риска (модификация формы осмотра)	III
3	При выявлении жертв насилия организация контактирует с заинтересованными социальными, правоохранительными органами и иными организациями	III
70. Первичный осмотр. Первичный осмотр является информативным для определения потребностей пациента		
1	Пациент госпитализируются обоснованно, согласно утвержденным критериям госпитализации или перечню оказываемых услуг.	I
2	Пациентам проводится осмотр с участием мультидисциплинарной команды (врач общей практики, узкие специалисты, физиотерапевт или специалист по ЛФК, средний медицинский персонал по уходу, психолог, социальные работники, волонтеры) в течение 8 часов после госпитализации.***	I
3	Мультидисциплинарная команда коллективно определяет первичный диагноз, составляют план лечения и ухода, которые документируются в медицинской карте	II
4	Записи в медицинской карте, включая осмотры, являются доступными персоналу медицинской организации, задействованному в лечении и уходе за пациентом	II
5	Квалифицированные специалисты проводят осмотры на основе их образования, квалификации и навыков, подтвержденных документами	II
71. Документация первичного осмотра. Первичный осмотр проводится квалифицированным лицом и документируется в медицинской карте в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации *		
1	Первичный осмотр заносится в медицинскую карту пациента в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
2	Оформление медицинской документации осуществляется в соответствии с утвержденными формами первичного осмотра для всех видов специальностей врачей (и если применимо, для медицинских сестер), которые проводят осмотр пациентов *	II
3	Первичный осмотр экстренного пациента проводится и документируется в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан и процедурами медицинской организации	II
4	В организации есть процесс выявления жертв насилия, жестокого или невнимательного обращения: 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 незамедлительно сообщает об этом в правоохранительные органы и принимает меры по их предотвращению; 3) персонал обучен правилам и процессу выявления жертв насилия, жестокого или невнимательного обращения	II
5	Обращения пациентов и посетителей медицинской организации регистрируются в журнал регистрации обращений и мониторируются	II
72. План лечения и ухода. Индивидуальный план лечения своевременно документируется и включает в себя цели или желаемые результаты лечения *		

1)	План лечения и ухода соответствует утвержденным протоколам диагностики и лечения и включает: 1) нужды пациента согласно осмотру и исследованиям, 2) цели и ожидаемые результаты ухода	I
2)	Медицинский персонал, участвующий в уходе за пациентом, ознакомлен с планом ухода	I
3)	План лечения и ухода своевременно выполняется	I
4)	Для каждого пациента определяется одно лицо (лечащий врач или координатор лечения), ответственное за его лечение и уход в течение пребывания пациента в организации. При смене этого лица, пациенту сообщается, кто будет его заменять	I
5)	Листы назначения соответствуют плану лечения пациента. Пациенту назначаются необходимые консультации специалистов, исследования, лекарственная и иная терапия	I
73. Повторные осмотры пациента. Состояние пациента наблюдается и документируется в динамике		
1)	Состояние пациента наблюдается и документируется в динамике с целью оценки достижения целей или желаемых результатов от плана лечения	II
2)	Повторные осмотры пациента проводятся регулярно в соответствии с процедурами медицинской организации в зависимости от состояния пациента Повторные осмотры пациента документируются в виде дневниковых записей врача (если применимо, также дневниковых записей медицинской сестры) с указанием состояния пациента в динамике *	II
3)	План лечения обновляется в зависимости от состояния, диагноза пациента или на основе новой информации и по результатам повторных осмотров	II
4)	Регулярно проводится оценка боли пациентов с использованием соответствующего инструмента/шкалы, по данным оценки проводится снижение боли в соответствии с правилами организации.	II
5)	При появлении признаков ухудшения состояния пациента принимаются меры в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации	II
74. Планирование выписки. Планирование выписки осуществляется в процессе лечения *		
1)	Планирование выписки начинается с пункта первого контакта пациента с медицинской организацией	II
2)	Процесс планирования выписки, в соответствии утвержденными процедурами медицинской организации, осуществляется с участием пациента и (или) их законными представителями. Если есть высокий риск смерти пациента, план лечения учитывает потребности умирающего пациента по купированию боли и прочих симптомов по оказанию социальной, психологической, духовной и культурной помощи; помощь оказывается с уважением и состраданием	II
3)	Планирование выписки включает взаимодействие с медицинскими организациями или другими учреждениями в целях содействия непрерывности медицинской помощи	II
4)	Планирование выписки учитывает социальные, духовные и культурные потребности пациента. Если есть высокий риск смерти пациента, организация взаимодействует с другими учреждениями для оказания социальной, психологической, духовной и культурной поддержки пациенту	II
5)	Планирование выписки документируется в медицинской карте и обновляется по мере необходимости	II
75. Выписка из медицинской карты стационарного больного (выписной эпикриз). Выписной эпикриз содержит ключевую информацию об оказанной медицинской помощи**		
1)	Готовность пациента к выписке определяется состоянием пациента и показаниями к выписке	III
2)	Выписной эпикриз содержит причину госпитализации, основной диагноз, сопутствующие заболевания, ключевые данные осмотров, обследований, проведенное лечение, основные принятые лекарственные средства	II

3)	Выписной эпикриз содержит информацию о состоянии пациента на момент выписки и подробные рекомендации по дальнейшему лечению и уходу	II
4)	Копия выписного эпикриза хранится в медицинской карте, другая копия выписного эпикриза выдается пациенту в день выписки из стационара, либо выдается медицинскому работнику, ответственному за дальнейшее лечение пациента, с обязательным ознакомлением пациента с содержанием выписного эпикриза	II
5)	Если пациент покинул медицинскую организацию без предупреждения или против рекомендаций врача, проводится информирование пациента и (или) его законных представителей, или врача по месту жительства о рисках и последствиях	I

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

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

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

Приложение 6
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 5 июня 2018 года № 325
Приложение 6
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 02 октября 2012 года № 676

Стандарты аккредитации для организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере службы крови

Глава 1: Руководство

№	Измеряемые критерии	Ранги
1.	Орган управления организации здравоохранения, осуществляющей деятельность в сфере службы крови Функции Органа управления (Наблюдательный Совет, Совет директоров, учредитель (и)) организации здравоохранения, осуществляющей деятельность в сфере службы крови, установлены и документированы	
1)	Структура и функции Органа управления, включая делегированные первому руководителю (-ям) организации полномочия, прописаны в Уставе (положении) медицинской организации **	III
2)	Члены Органа управления организации утверждаются в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	III
3)	Органом управления утверждены критерии и ежегодно проводится оценка работы первого руководителя (-лей) организации *	III
4)	Медицинская организация ежеквартально предоставляет Органу управления отчеты о результатах основной деятельности, включая сведения об ошибках медицинского персонала, жалобах, случаях смерти и результатах проведенного анализа по упомянутым событиям **	II

5)	Ежегодная оценка работы Органа управления, вышестоящим органом здравоохранения или вышестоящим учредителем, и оценка первого руководителя (-лей) организации подтверждается документально. Орган управления, являющийся высшим уровнем управления организации, оценивает свою деятельность в виде ежегодной самооценки**	I
2. Стратегическое и операционное планирование. Руководители организации планируют услуги согласно потребностям населения		
1)	В документе по стратегическому планированию (стратегия развития или стратегический план) (далее – стратегический план) излагаются миссия, видение, ценности, стратегические цели, задачи и индикаторы исполнения задач. Производственный план, необходимые ресурсы, мероприятия по ресурсосбережению и другие стратегические вопросы функционирования согласуются с органом, осуществляющим управление и финансирование организации ***	III
2)	Стратегический план разрабатывается с участием представителей структурных подразделений организации и согласуется с Органом управления**	II
3)	Годовой план работы разрабатывается на основании стратегического плана и планов работы подразделений, утверждается первым руководителем **	II
4)	Руководство ежеквартально проводит мониторинг выполнения мероприятий годового плана работы организации (планов работы подразделений) и данных по индикаторам **	II
5)	Годовой бюджет по обеспечению организации необходимыми ресурсами для реализации производственных задач планируется ежегодно. **	I
3. Производственное управление. Эффективное управление организации осуществляется в соответствии с ее миссией и основной деятельностью		
1)	Миссия и видение организации являются доступными для ее медицинского персонала и для населения.	III
2)	Организация действует в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан и своевременно реагирует на результаты проверок уполномоченных органов ***	III
3)	Для каждого структурного подразделения утверждается положение о подразделении с описанием основных функций и списком оказываемых услуг *	III
4)	Руководители структурных подразделений отчитываются перед руководством организации о выполнении поставленных задач и достижении желаемых результатов по индикаторам (смотреть подпункты 1), 2) пункта 8 настоящего Стандарта) **	II
5)	Руководство организации проводит системную, плановую работу по предупреждению рисков (смотреть подпункты 1), 4) и 5) пункта 9 настоящего Стандарта), в том числе посредством своевременного реагирования на результаты проверок уполномоченных органов **	I
4. Организационная структура. Организационная структура соответствует миссии и деятельности организации		
1)	Организационная структура представляется в виде схемы, утверждается руководством организации и доводится до сведения персонала организации **	III
2)	Руководством организации утверждены функции каждого структурного подразделения *	II
3)	Руководством организации утверждаются ответственные лица (заместители первого руководителя) по : общему управлению деятельностью организации (первый заместитель руководителя); оказанию медицинских услуг, в том числе ответственного за надлежащую производственную практику ; управлению качеством оказания медицинских услуг, в том числе контролю качества***	III
4)	Руководством организации утверждается ответственное лицо по контролю деятельности среднего медицинского персонала и (или) иные руководящие лица для реализации миссии организации ***	III

5)	Утверждается ответственное лицо по контролю эффективного управления финансовыми ресурсами ***	III
5. Этические нормы. Определяются и соблюдаются этические нормы организации		
1)	В организации определяются этические нормы, которыми она руководствуется в своей деятельности, в том числе при принятии решений и определении процедур поведения персонала	III
2)	Этический кодекс медицинской организации разрабатывается с участием представителей структурных подразделений медицинской организации и утверждается руководством *	III
3)	В организации создана Этическая комиссия для рассмотрения этических вопросов возникающих при оказании медицинской помощи **	II
4)	В организации внедрен процесс выявления, своевременного анализа и принятия мер по этическим вопросам в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан ** *	I
5)	Медицинский персонал организации проходит обучение по вопросам этики **	II
6. Культура безопасности (не карательная обстановка в коллективе, при которой безопасность пациента ставится выше профессиональной солидарности). Руководство организации внедряет и поддерживает культуру безопасности, поощряет выявление инцидентов, и принимает системные меры по улучшению работы		
1)	Руководители и персонал медицинской организации обучены определениям: "культура безопасности", "инцидент", "потенциальная ошибка", "ошибка", "экстремальное событие", а также правилам оповещения и расследования инцидентов **	I
2)	В организации определены должностные лица ответственные за выявление, документирование и мониторинг инцидентов, связанных с безопасностью	I
3)	Внедрен процесс регистрации и оповещения об инцидентах в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации*	I
4)	Персонал организации осведомлен о процессе регистрации и оповещения об инцидентах	I
5)	В целях повышения качества услуг руководством медицинской организации принимаются системные действия, направленные на профилактику проблем и снижение рисков **	I
7. Управление качеством. В организации внедрена система непрерывного повышения качества медицинских услуг		
1)	Мероприятия по непрерывному улучшению качества услуг и повышению безопасности пациента с участием всех подразделений разрабатываются ежегодно *	I
2)	Мероприятия по непрерывному улучшению качества: разрабатываются совместно с руководителями структурных подразделений; подробно определяются мероприятия по повышению качества, план действий, цели и методы достижения ; определяется график проведения аудитов, сбора данных по индикаторам качества; определяются ответственные лица и сроки исполнения*	II
3)	В документе по непрерывному улучшению качества медицинских услуг дается определение термина "экстремальное событие" мероприятия по повышению качества	II
4)	Экстремальное событие подлежит обязательному расследованию и о его результатах информируются руководство организации	II
5)	Персонал организации обучается методам (инструментам) улучшения качества и надлежащему использованию данных, полученных в результате мониторинга деятельности **	I
8. Непрерывное повышение качества. Организация внедряет программу непрерывного повышения качества медицинских услуг и безопасности пациента / донора		
1)	Руководство ежегодно участвует в определении приоритетных индикаторов повышения качества (далее – индикаторы) услуг и безопасности пациента, как в целом для организации, так и для отдельных структурных подразделений	I

2)	Данные результатов мониторинга индикаторов анализируются персоналом организации. Результаты анализа деятельности рассматриваются руководством организации и применяются для улучшения деятельности **	I
3)	Внутренние аудиты по оценке практической деятельности установленным правилам и руководствам, проводятся компетентным персоналом организации или группой экспертов в соответствии с установленным графиком проведения аудитов. *** Результаты аудита применяются для повышения качества медицинских услуг	I
4)	Результаты внутренних аудитов обсуждаются в работе соответствующих комиссий, на собраниях или конференциях, используются для улучшения процессов; включаются в отчеты в рамках выполнения программы повышения качества**	I
5)	Создается комиссия по рассмотрению несоответствий производственной деятельности, определяются ее компетенции и порядок деятельности***	I
9. Управление рисками. Организация внедряет программу по управлению рисками		
1)	Организация имеет утвержденную программу по управлению рисками, которая включает следующие элементы: цель и задачи документа; образец реестра рисков и способ оценки рисков; утвержденное должностное лицо, осуществляющее деятельность по управлению рисками; требования по обучению персонала; виды рисков (стратегические, клинические, финансовые, прочие риски); образец плана действий по устранению рисков и требование разработать действие на каждый значительный риск; требование информировать заинтересованные стороны о рисках *	I
2)	Разрабатывается стратегия привлечения безопасных доноров, соответствующая целям организации в области качества где, определяются: основные принципы донорства (добровольное, безвозмездное); целевые группы населения для привлечения доноров; методы стимулирования и просвещения потенциальных доноров; политика сохранения донорских кадров *	I
3)	Организация проводит непрерывную оценку рисков. Источники информации о рисках: результаты расследования инцидентов и неблагоприятных реакций и осложнений у доноров; анализа информации о донорах после донации (информация о соответствии донора установленным критериям); информация от медицинского персонала, пациентов и их законных представителей, наблюдения, обзора документации **	I
4)	Проводится обучение руководителей структурных подразделений и их персонала о существующих рисках в организации **	I
5)	Руководством организации принимаются меры по снижению или устранению рисков. План действий по снижению рисков включается в программу повышения качества**	I
10. Работа с населением. Организация принимает меры к повышению доступности оказываемых медицинских услуг и информированию населения		
1)	Организация информирует население о вопросах донорства крови и оказываемым услугам**	III
2)	Взаимодействие с донорами осуществляется посредством: приглашения доноров для повторных плановых донаций или повторного обследования, обеспечивающего процесс карантинизации; рассмотрения жалоб и предложений**	III
3)	Осуществляется взаимодействие с медицинской организацией- потребителем продуктов крови по вопросам рационального использования крови, порядка заказа, поставки и анализа эффективности трансфузий **	III
4)	Проводится обучение целевых групп населения вопросам пропаганды донорства (общеобразовательные школы, вузы, колледжи) **	III

5)	Разрабатываются информационно-рекламные и агитационные материалы, для привлечения доноров (буклеты, листовки, баннеры, видео и аудио, промо продукции) **	III
----	---	-----

Глава 2: Управление ресурсами

11. Управление финансами. Организация планирует и контролирует финансовые ресурсы для реализации плановых задач		
1)	Бюджет организации соответствует поставленным задачам стратегического и операционного (годового) планов работы	I
2)	Бюджет позволяет обеспечивать организацию необходимыми ресурсами для осуществления деятельности и пересматривается в соответствии с процедурами, утвержденными руководством	I
3)	Бюджет организации планируется на основании заявок руководителей подразделений	I
4)	Проводится регулярный внутренний аудит по анализу финансовой деятельности **	I
5)	Медицинские услуги, осуществляемые на платной основе, выполняются на основании утвержденного прейскуранта цен, доступного населению **	II
12. Бухгалтерский учет. В организации проводится бухгалтерский учет финансовых ресурсов		
1)	В организации внедрен внутренний финансовый контроль	I
2)	Внешний государственный аудит и внешний аудит медицинской организации проводится в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	I
3)	Бухгалтерский учет основывается на достоверной финансовой информации обо всех источниках доходов и расходов, обеспечивает своевременные и точные финансовые отчеты для принятия решений. Бухгалтерский учет ведется с применением признанных автоматизированных программ **	I
4)	Прибыли, убытки и расходы на медицинские услуги регулярно отслеживаются в сравнении с бюджетами и предоставляются первому руководителю в виде ежеквартальных финансовых отчетов **	I
5)	Бухгалтерские отчеты своевременно направляются в налоговые органы и органы государственной статистики	I
13. Фонд оплаты труда. Оплата труда медицинского персонала осуществляется своевременно		
1)	Оплата труда персонала медицинской организации осуществляется на основании утвержденного положения, согласованного с Органом управления (далее – Положение) *	II
2)	При оплате труда персонала организации на основе дифференцированной системы оплаты, в Положении индикаторы для определения производительности труда персонала, утвержденные руководством организации в соответствии с законодательством Республики Казахстан *	II
3)	Оплата труда персоналу осуществляется своевременно**	II
4)	Перечисления в пенсионный фонд и другие обязательные отчисления осуществляются своевременно **	II
5)	Оплата труда персоналу осуществляется на основе утвержденной организацией организационной структуры, штатного расписания**	II
14. Информационное управление. Создаются надлежащие условия для эффективного управления данными		
1)	В организации имеется достаточное количество технических средств, обеспечивающих потребности медицинского персонала при работе с медицинской и административной информацией	I
	Используются автоматизированные информационные системы, которые обеспечивают поддержку взаимосвязи между процессами, такими как привлечение доноров, лабораторное	

2)	тестирование и выпуск компонентов; наличие совместимых компьютеров и пакетов прикладных программ, соответствующих оказываемым услугам; лицензионное программное обеспечение; управление текущими расходами; процедуры необходимых обновлений для тестирования и эксплуатации программного обеспечения; непрерывное техническое обслуживание	II
3)	Конфиденциальность, безопасность и целостность информации обеспечивается путем ограничения доступа к автоматизированным электронным информационным базам персональных данных доноров, а также к картам доноров на бумажных носителях **	III
4)	Руководство организации обеспечивает доступность действующих нормативных правовых актов Республики Казахстан персоналу организации	III
5)	Руководство организации обеспечивает доступ персонала к сети интернет для своевременного получения и обмена информацией, необходимой в работе	III
15. Защита информации. Организация обеспечивает конфиденциальность, безопасность и целостность информации		
1)	В организации определяются уровни доступа персонала к конфиденциальной информации *	II
2)	Информация на бумажном и электронном носителях защищается от повреждения, утери и неавторизованного доступа (несанкционированное проникновение в автоматизированную информационную систему) *	II
3)	Конфиденциальность информации о доноре обеспечивается в соответствии с законодательством Республики Казахстан***	I
4)	Персонал организации обучается требованиям по защите и неразглашению конфиденциальной информации**	III
5)	В организации определены сроки хранения и порядок уничтожения медицинских и немедицинских документов, в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
16. Внутренние документы. В организации разработаны внутренние документы, регулирующие деятельность организации		
1)	Утверждается порядок разработки, согласования, утверждения и оформления, пересмотра рабочих (операционных) процедур *	III
2)	Составляется и обновляется список всех действующих внутренних рабочих процедур **	III
3)	Обеспечивается доступность для персонала информации о действующих рабочих процедурах	III
4)	Проводится обучение персонала организации по утвержденным рабочим процедурам организации	III
5)	Производственная деятельность осуществляется в соответствии с установленными процедурами организации	III
17. Медицинская документация. В организации документация медицинской деятельности обеспечивает безопасность доноров		
1)	В медицинской документации и (или) информационной системе обеспечивается идентификация и прослеживаемость: доноров; крови и ее компонентов; персонала; образцов крови; расходных материалов; местонахождения продуктов или материалов***	II

2	Регулярно проводятся запланированные проверки медицинской документации с целью рассмотрения полноты, точности и своевременности заполнения*	I
3	Обеспечивается сохранение записей в течение установленного периода времени при контролируемых условиях, которые включают в себя: санкционированный доступ к записям; хранение записей в специально установленных местах и условиях, исключающих их порчу и потерю); восстановливаемость записей; ответственность назначенных лиц за сохранность записей; архивация данных***	I
4	Применяется документированная процедура ведения медицинских записей о донорах, включающая: открытие карт, в том числе присвоение уникального идентификационного номера; использование только общеизвестных символов и сокращений; поддержание стандартизованного формата с целью облегчения поиска информации в медицинских записях; своевременное оформление медицинской документации; хранение, защиту, восстановление и архивирование медицинской документации донора*	II
5	Записи в медицинской карте донора, включая изменения, вносятся уполномоченными лицами	II
18. Анализ данных. Проводится проверка достоверности и статистический анализ данных		
1	Утверждается процедура проверки достоверности публикуемых и предоставляемых во внешние организации данных	III
2	Ответственные лица, выполняющие проверку достоверности данных, обучены, имеют достаточный опыт и компетенцию **	III
3	При мониторинге новых индикаторов проводится проверка достоверности полученных данных вторым лицом *	III
4	Свод данных по индикаторам для включения в квартальные отчеты для руководства осуществляется ответственным работником **	III
5	При отсутствии специального подразделения определяются ответственные лица по статистическому анализу собираемых данных и своевременному предоставлению их заинтересованным сторонам**	III
19. Штатное расписание. Штатное расписание соответствует организационной структуре, миссии и деятельности организации		
1	Штатное расписание организации утверждается ее руководителем в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	III
2	Штатное расписание разрабатывается в соответствии с организационной структурой и деятельностью организации	III
3	В организации утверждены квалификационные требования к должностям в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	III
4	Пересмотр штатного расписания проводится на основании заявок руководителей структурных подразделений, анализа соответствия штатного расписания производственным нуждам (определение уровня укомплектованности персоналом; необходимого уровня стажа и компетентности; расчет эффективной и рациональной структуры должностей персонала) ***	II
5	На каждый вид должности, включая внештатных работников, совместителей, консультантов, слушателей резидентуры, утверждается должностная инструкция с указанием квалификационных требований (образование, обучение, знания, навыки и опыт) и функций, специфичных для данной должности **	III
20. Управление человеческими ресурсами. В организации внедрен процесс эффективного управления человеческими ресурсами		

1	Процедуры по поиску, инструктажу (ориентации) и адаптации персонала осуществляются в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	III
2	Персонал организации соответствует квалификационным требованиям должностной инструкции к занимаемой должности. Копия подписанной персоналом должностной инструкции имеется в кадровой службе	III
3	Руководители организации создают условия для непрерывного обучения персонала организации (доступ в интернет, компьютеры, тренинговый класс, библиотека)	III
4	Определяются потребности персонала в обучении. Обучение проводится на базе или вне организации	III
5	Руководством организации разрабатываются и внедряются процедуры для мотивации персонала и укрепления корпоративного духа	III
21. Личное дело персонала. Руководством организации установлен процесс формирования, хранения и обновления личных дел персонала		
1	Личные дела персонала медицинской организации хранятся в соответствии с утвержденными внутренними процедурами медицинской организации. Содержание личных дел стандартизировано	III
2	Личные дела медицинского персонала, включая внештатных работников, совместителей, консультантов, слушателей резидентуры содержат сертификат специалиста, сведения об образовании, трудовом стаже и квалификации персонала	III
3	Личное дело каждого медицинского работника содержит доказательство проверки подлинности у первоисточника документов об образовании работника, в соответствии с требованиями должностной инструкции	II
4	Личное дело каждого медицинского работника содержит результаты оценки деятельности персонала, проводимые один раз в год	III
5	Личное дело каждого медицинского работника содержит записи о проведении обучения на базе медицинской организации и вне организации	III
22. Инструктаж. В организации внедрена процедура введения медицинского персонала в должность		
1	В организации разрабатываются и используются учебные материалы (письменные и (или) видеоматериалы) для проведения инструктажа **	III
2	Все штатные и внештатные медицинские работники, совместители, консультанты, студенты, слушатели резидентуры, лица, обучающиеся на базе медицинской организации, проходят инструктаж и обучение для ознакомления с медицинской организацией, со своими должностными обязанностями (для работников) и основными требованиями по безопасности **	
3	До назначения (приема) специалиста, допущенного к производственной деятельности, проводится оценка его практических знаний и навыков**	III
4	Инструктаж персонала включает вопросы противопожарной безопасности, готовности к чрезвычайным ситуациям и безопасности на рабочем месте, инфекционного контроля и требования по безопасной работе с медицинским оборудованием	III
5	Инструктаж персонала организации здравоохранения включает ознакомление с программой повышения качества медицинской помощи и безопасности донора	III
23. Оценка клинических навыков. В организации проводится оценка знаний и навыков клинического персонала в соответствии с процедурами, утвержденными руководством организации		
1	При трудоустройстве проводится оценка клинических навыков врача и утверждается список клинических привилегий врача (перечень процедур высокого риска, выполнение которых разрешено врачу в данной медицинской организации)	II
2	При трудоустройстве проводится оценка клинических навыков среднего медицинского персонала и утверждаются персональные списки компетенций в соответствии с процедурами организации	II
3	При трудоустройстве проводится оценка навыков персонала параклинических структурных подразделений организации	II

4)	Один раз в три года или чаще проводится процедура пересмотра клинических привилегий врача с учетом оценки деятельности врача, его текущей квалификации (знаний, образования, навыков и опыта), исходов оказания медицинских услуг, в том числе неблагоприятных исходов и других сведений * При несоответствии компетенций врача должностной инструкции, показателям работы или уровню квалификации, рассматривается вопрос отстранения врача от клинической практики в данной организации (ограничение привилегий) или направление на обучение или менторство	II
5)	Ежегодно пересматривается и обновляется лист компетенций среднего медицинского работника	II
24. Ежегодная оценка персонала. Один раз в год проводится оценка работы медицинского персонала, в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации		
1)	Утверждаются процедуры оценки и форма оценки медицинских работников ** Устанавливается порядок оценки соответствия работника занимаемой должности *	III
2)	Форма оценки врача клинической специальности, включает критерии: клинические знания и практические навыки (владение нужными знаниями, применяемыми в работе); повышение квалификации (улучшение своей клинической практики и знаний); навыки коммуникабельности (поддерживание профессиональных взаимоотношений с донорами и коллегами); этические навыки (отношение к донору, пациенту (если применимо) из разных социальных и культурных слоев с уважением); системного мышления (применимо для врача) (проявление активности и гибкости в использовании нужных ресурсов); бережливое отношение к ресурсам *	III
3)	Форма оценки среднего медицинского персонала, выполняющего инвазивные процедуры, включает критерии: практические навыки (владение нужными знаниями, применяемыми в работе); повышение квалификации; навыки коммуникабельности (поддерживание профессиональных взаимоотношений с донорами и коллегами); этические навыки (отношение к донору, пациенту (если применимо) из разных социальных и культурных слоев с уважением); бережливое отношение к ресурсам *	III
4)	Заполненная форма оценки деятельности работника хранится в личном деле **	III
5)	Персонал организации ознакомлен с результатами оценки его работы **	III
25. Здоровье и безопасность персонала. Здоровье и безопасность персонала организации поддерживаются в соответствии с законодательством Республики Казахстан		
1)	Организация предоставляет (или обеспечивает) персоналу идентификационные бейджи, необходимую защитную одежду, средства индивидуальной защиты и защитное оборудование	I
2)	Организация обеспечивает защиту персонала от вредных и (или) опасных производственных факторов и принимаются меры по предотвращению производственного травматизма включая биологический скрининг и профилактику инфекционных заболеваний передающихся через кровь	II
3)	Проводится оценка безопасности рабочих мест в соответствии с законодательством Республики Казахстан	II
4)	Организация создает условия и проводятся мероприятия по продвижению здорового образа жизни (спортивные мероприятия, мероприятия направленные против табакокурения и другие) **	II
5)	Проводится оценка удовлетворенности персонала условиями труда и мониторинг рабочей нагрузки *	II

26. Внештатные работники. В организации работники, не состоящие в штатном расписании организации, имеют соответствующее образование и квалификацию

1)	Внештатный персонал соответствует квалификационным требованиям предъявляемым руководством организации	II
2)	Личное дело внештатного персонала содержит доказательство проверки подлинности у первоисточника документов об образовании (смотреть подпункт 2) пункта 21 настоящего Стандарта) **	II
3)	Копия договора на оказание услуг имеется в кадровой службе **	II
4)	Проводится регулярная проверка выполнения технического задания внештатным работником **	II
5)	Проверка выполнения технического задания внештатным работником документируется **	II
27. Мониторинг договоров. В организации проводится контроль договоров о предоставлении услуг или товаров		
1)	Определяются ответственные лица по курации договоров о закупке товаров или услуг для организации	II
2)	В каждом договоре прописываются требования к поставщикам, объему и качеству предоставляемых услуг или товаров **	I
3)	Проводится проверка договора на производство и поставку компонентов крови, а также предоставление услуг на предмет правильности формулирования. Проводится мониторинг исполнения договора и оценка качества услуг или товаров поставщика **	I
4)	Результаты мониторинга договоров анализируются, результаты используются для улучшения деятельности **	II
5)	При несоответствии качества услуг или товаров поставщика требованиям организации, принимаются меры по устранению несоответствий вплоть до расторжения договора с поставщиком	I

Глава 3: Управление безопасностью

Параграф 1. Производственная среда		
28. В организации производственная среда обеспечивает необходимое соответствие донорской крови и ее компонентов установленным требованиям в процессе их заготовки, переработки, обследования, хранения и транспортирования, а также меры, исключающие бактериальное загрязнение донорской крови и ее компонентов		
1)	В производственных помещениях обеспечивается направление потоков материалов и людей в соответствии с последовательностью выполнения производственных процессов ***	II
2)	В производственных помещениях имеются: 1) чистые помещения для заготовки/производства продуктов крови в рамках функционально замкнутой системы; 2) особо чистые помещения для производства продуктов крови в рамках функционально не замкнутой системы ***	II
3)	Зоны чистых и особо чистых помещений отделяются друг от друга ***	II
4)	Обеспечиваются условия для соблюдения требований асептики и антисептики ***	II
5)	В чистых и особо чистых помещениях контролируется чистота воздух ***	II

29. Программа по гигиене труда. Программа по гигиене труда обеспечивает комплекс мероприятий личной гигиены, гигиены труда и организации рабочего места

1	Определяется рабочая группа или назначается ответственное лицо за санитарно-эпидемиологический режим и разработку программы мероприятий по гигиене труда **	III
2	В программе по гигиене труда предусматриваются следующие мероприятия: медицинское обследование персонала; регистрация случаев выявления инфекционных заболеваний и процедура отстранения персонала от работы, связанной с возможностью передачи инфекции в таких случаях; обучение персонала вопросам гигиены труда; обеспечение персонала технологической одеждой и индивидуальными средствами защиты в соответствии с установленными нормами	III
3	Программа по гигиене труда обновляется ежегодно **	III
4	Руководство организации информируется о результатах мониторинга выполнения программы по гигиене труда и рекомендациях для улучшения деятельности **	III
5	Планируются и обеспечиваются необходимые ресурсы для эффективного выполнения программы по гигиене труда **	I

30. Гигиена труда. В организации внедрены процедуры и алгоритмы в области гигиены труда

1	В организации внедрены алгоритмы по универсальным мерам предосторожности и применению средств индивидуальной защиты *	II
2	Персонал организации обеспечивается технологической одеждой и индивидуальными средствами защиты **	II
3	В наличии имеется достаточное количество средств индивидуальной защиты	II
4	В местах обработки рук устанавливаются раковины с проточной водой, мылом, антисептиками, салфетками или другими средствами для сушки рук	II
5	Предусматриваются вспомогательные зоны, расположенные вблизи производственных помещений, оснащенные соответствующим оборудованием, моющими и дезинфицирующими средствами, инвентарем: комнаты отдыха и объект общественного питания (буфет); помещения для переодевания, умывания и туалета; отдельные помещения для хранения хозяйственных и моющих материалов	II

31. Дезинфекция, стерилизация. Помещения и поверхности проходят чистку и дезинфекцию, изделия медицинского назначения, инструментарий стерилизуются (при необходимости)

1	Персонал организации соблюдает требования законодательства в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Республике Казахстан по чистке (уборке), дезинфекции помещений и поверхностей	I
2	Одноразовые изделия утилизируются (исключается повторное использование) после использования в соответствии с утвержденными процедурами организации и требованиями законодательства Республики Казахстан *	I
3	Дезинфекция и стерилизация изделий медицинского назначения проводится с минимизацией риска инфекций, с соблюдением поточности процесса от "грязной" к "чистой" зоне. Персонал соблюдает этапность проведения стерилизации (сбор, транспортировка, учет, укладка, предстерилизационная очистка, стерилизация, упаковка, маркировка, доставка, хранение инструментов) *	I
4	Качество предстерилизационной очистки и стерилизации контролируются с применением химических и (или) биологических индикаторов **	I
5	Обращение с чистым и грязным бельем, стирка белья проводится с минимизацией риска кросс-инфекции. Персонал соблюдает процедуры по обращению с бельем (сбор, транспортировка, передача, стирка, глажка, учет, раздача, применение) *	I

32. Удаление отходов. Организация обеспечивает безопасное обращение с отходами		
1)	В организации внедрены процедуры по безопасному обращению с медицинскими отходами, включая обращение с острыми, колющими и режущими изделиями медицинского назначения, классификацию всех отходов, образуемых в организации, а также их своевременной утилизации *	I
2)	Отходы утилизируются безопасным образом в соответствии с законодательством Республики Казахстан * * * Острые, колющие и режущие предметы утилизируются в специальных контейнерах для безопасного сбора и утилизации отходов *	I
3)	В помещении для централизованного сбора опасных медицинских отходов обеспечиваются требования законодательства Республики Казахстан (используются закрытые мусорные контейнеры, достаточная вентиляция воздуха, соблюдается температурный режим) ***	I
4)	Остатки и компоненты крови, биологические жидкости, ткани организма хранятся и утилизируются с минимизацией риска инфицирования в маркированных контейнерах, согласно классификации отходов, с соблюдением температурного режима и сроков временного хранения ***	I
5)	Персонал организации обучается процедурам по обращению с медицинскими отходами и соблюдает их на практике**	I
33. Инженерные системы и ремонтные работы. Инфекционный контроль поддерживается инженерными системами. Требования инфекционного контроля соблюдаются при проведении ремонтных работ		
1)	Обеспечивается исправное функционирование водопроводных и канализационных систем, отвечающее санитарно-эпидемиологическим требованиям Республики Казахстан	I
2)	Обеспечиваются условия для поддержания гигиены доноров и персонала (достаточное количество санитарных узлов, раковин, мыла, электросушилок или бумажных полотенец, антисептических средств)	I
3)	При проведении ремонтных и строительных работ соблюдаются процедуры по инфекционному контролю, по определению уровня рисков в зависимости от масштаба и вида работ *	I
4)	Для предотвращения инфицирования доноров и персонала в результате ремонтно-строительных работ, их производство письменно согласуются с ответственным лицом инфекционного контроля организации **	II
5)	Лица, осуществляющие ремонтные работы, обучаются по вопросам инфекционного контроля	II
34. Обучение персонала по вопросам гигиены труда. Организация проводит непрерывное обучение персонала по вопросам гигиены труда		
1)	Программа обучения для персонала разрабатывается и документируется с учетом групп слушателей с разными компетенциями **	III
2)	Обучение персонала проводится в соответствии с утвержденным графиком **	III
3)	Ежегодно проводится тестирование знаний медицинского персонала по вопросам гигиены труда и санитарно-эпидемиологических требований **	III
4)	Разрабатываются материалы для информирования доноров по вопросам гигиены и санитарии **	III
5)	В случаях ухудшения показателей индикаторов мониторинга гигиены труда проводится дополнительное обучение медицинского персонала **	II
Параграф 2. Безопасность зданий		
35. Здания организации безопасны и комфортны для доноров, персонала и посетителей		
1)	Здания организации отвечают требованиям строительных и санитарных норм и правил, удобны для доставки грузов и посещений людей с ограниченными возможностями ***	II
	Программа по безопасности зданий разрабатывается на основе законодательства Республики Казахстан и включает разделы: безопасность окружающей среды и система охраны, пожарная	

2	безопасность, готовность к чрезвычайным ситуациям, обращение с опасными материалами, медицинское оборудование, коммунальные (инженерные) системы *	III
3	Программа по безопасности зданий пересматривается ежегодно с определением приоритетных на каждый год направлений работы в виде ежегодной оценки рисков *	III
4	Ежеквартально руководитель медицинской организации получает отчет от Комиссии по безопасности здания или должностного лица, ответственного за выполнение Программы по безопасности зданий, с указанием проведенных ключевых работ и существующих проблемах (рисков) безопасности зданий и окружающей среды **	II
5	Руководитель медицинской организации ежегодно направляет отчет в Орган управления медицинской организации о выполнении Программы по безопасности зданий с указанием проведенных ключевых работ и существующих проблем (рисков) безопасности зданий и окружающей среды (если применимо)**	II
36. Безопасность окружающей среды. Окружающая среда организации безопасна и комфортна для доноров, пациентов (если применимо), персонала и посетителей*		
1	На прилегающей территории организации: имеются свободные подъездные пути; отведены парковочные места для автомобилей доноров/посетителей, персонала; здание оборудовано пандусом для передвижения лиц с ограниченными возможностями; имеется оснащенный гараж для служебного транспорта, а также место для проведения ремонта***	II
2	Руководством организации принимаются меры по обеспечению безопасности: посетителей и персонала от угрозы физического насилия, и потери имущества; персонала, работающего в одиночку или в изолированном помещении *	II
3	Помещения, к которым имеют доступ доноры, отделяются от других рабочих зон. Зоны ожидания оборудуются местами для сидения для комфортного пребывания доноров и посетителей	II
4	Здания и помещения, инженерные системы, оборудование ежеквартально инспектируются, и поддерживаются на безопасном уровне ***	II
5	При обнаружении значительных рисков для медицинского персонала, доноров, пациентов, посетителей или для окружающей среды, предпринимаются надлежащие действия по выделению средств, информированию заинтересованных сторон и снижению рисков**	I
37. Охрана и защита. В организации обеспечена охрана и защита территории, здания, людей		
1	Медицинский персонал, внештатные и контрактные работники, студенты, слушатели резидентуры, лица, обучающиеся на базе организации, идентифицируются в соответствии с процедурами медицинской организации *	III
2	Сотрудниками охранной службы проводится мониторинг (видеонаблюдение и обход) здания и территории с целью охраны и защиты	II
3	Документируются обход (инспекция) здания и передача дежурств между сотрудниками охранной службы **	III
4	Ограничивается вход посторонних лиц в режимные отделения (зоны контроля инженерных, коммунальных систем и другие)	I
5	Сотрудники охранной службы обучаются действиям при чрезвычайных ситуациях, а также оказанию первой помощи **	II
38. Пожарная безопасность. Внедряется программа по снижению пожарного риска и задымления		
1	Функционирует система раннего выявления пожара, в наличии исправные средства для пожаротушения, которые регулярно инспектируются и, при необходимости, обновляются	II
2	Инспекция, тестирование и поддержание средств и систем для раннего выявления и тушения пожара документируются **	I

3	Для безопасной эвакуации из здания при пожаре и других чрезвычайных ситуациях пути эвакуации поддерживаются в свободном состоянии. В наличии имеются информационные и указательные знаки (указатели выхода, размещения пожарного инвентаря и гидрантов), схемы эвакуации	II
4	Для ограничения распространения дыма и огня устанавливаются противопожарные двери, используются огнеупорные материалы, минимизируется использование возгораемых материалов	II
5	Ежегодно с персоналом медицинской организации проводятся практические учения по действиям при пожаре и задымлении **	II
39. Другие чрезвычайные ситуации. Внедряется программа по снижению риска прочих чрезвычайных ситуаций		
1	Определяются виды возможных чрезвычайных ситуаций (стихийные бедствия, массовый травматизм, вспышка заболевания и другие). Проводится оценка вероятности возникновения, уровня последствий и степени готовности организации к чрезвычайным ситуациям **	II
2	На основе оценки рисков чрезвычайных ситуаций в годовом плане мероприятий определяются приоритетные направления работы **	II
3	Выделяются ресурсы для улучшения готовности организации к чрезвычайным ситуациям	II
4	Ежегодно проводятся практические учения для персонала по обучению действиям при чрезвычайных ситуациях: оказание экстренной медицинской помощи, готовности использования альтернативных источников воды и электричества, а также проверка готовности системы оповещения	III
5	По окончании практического обучения проводится анализ проведенного обучения, с разработкой плана мероприятий и поддержки непрерывного улучшения **	II
40. Опасные материалы и отходы. При обращении с опасными материалами и отходами и обеспечена безопасность людей и окружающей среды организации		
1	Определяется список всех опасных материалов и отходов (включая огнеопасные материалы) организации с указанием названий (состава), мер предосторожности и мер первой помощи при аварийных ситуациях, мест хранения, максимально допустимого объема хранения и применимых для маркировки предупреждающих знаков	I
2	Прописываются требования к обращению с опасными материалами, включая их маркировку, хранение, ношение защитных средств при работе, транспортировке, утилизации *	I
3	Все опасные материалы и отходы маркируются с указанием названия (состава), срока годности и применимых предупреждающих знаков	II
4	В местах применения опасных материалов имеется доступная информация по мерам предосторожности и алгоритмам оказания первой медицинской помощи	I
5	Медицинский персонал обучается действиям при разлинии опасного материала, включая быстрый сбор (обеззараживание) и сообщение об инциденте ответственным должностным лицам	II
41. Медицинское оборудование. Организация обеспечена необходимым оборудованием для производства компонентов крови		
1	При отсутствии специального подразделения, назначается лицо, ответственное за состояние, техническое обслуживание и ремонт оборудования **	III
2	Определяется список и ведется учет всего медицинского оборудования применяемого в производстве и при контроле качества крови и ее компонентов **	II
3	Проводится и документируется профилактическое обслуживание, тестирование, калибровка, поддержание, ремонт оборудования **	II
4	Проводится обучение персонала безопасной работе с медицинским оборудованием в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации	II
5	Обученный и компетентный персонал допускается к работе с медицинским оборудованием *	II

42. Оборудование, влияющее на качество и безопасность крови и ее компонентов (критическое оборудование). В организации проводится сервисное обслуживание оборудования, влияющего на качество и безопасность крови и ее компонентов		
1)	При проверке холодильного и морозильного оборудования, в том числе быстрозамораживателей плазмы, проводится проверка системы сигнализации и поддержки температуры	II
2)	При проверке компьютерного периферийного и маркировочного оборудования проводится проверка средств аутентификации медицинского персонала (электронными ключами или смарт-картами); средств идентификации доноров (с использованием цифровых фотографий или средств биоидентификации); наличия штрихкодовых сканеров для идентификации маркированных объектов (карты, пробирки, контейнеры с компонентами крови, донорские браслеты)	II
3)	У штрихкодового оборудования проверяется функция бесконтактного сканирования штриховых кодов	III
4)	У оборудования для размораживания и подогрева проверяется скорость размораживания и подогрева **	III
5)	При проверке аппаратов для стерильного соединения магистралей проверяется герметичность соединения магистралей **	III
43. Вода и электричество. В организации обеспечивается непрерывный доступ к воде и электричеству, включая их альтернативные источники		
1)	Обеспечивается доступность питьевой воды круглосуточно в любое время года	III
2)	Обеспечивается доступность электричества круглосуточно в любое время года	III
3)	Определяются зоны и услуги, для которых наиболее важно водоснабжение и электроснабжение из альтернативных источников **	III
4)	Альтернативные источники электроснабжения тестируются ежеквартально **	III
5)	В организации имеется необходимый запас топлива для выработки электричества из альтернативного источника **	III
44. Обучение персонала по безопасности зданий и окружающей среды. Персонал организации обучен вопросам поддержания безопасности зданий и окружающей среды		
1)	Персонал обучается правилам обращения с опасными материалами **	II
2)	Персонал обучается действиям при пожаре, включая сообщение о пожаре, навыкам применения огнетушителей и эвакуации пациентов **	II
3)	Персонал обучается работе с оборудованием и коммунальными (инженерными) системами, включая действия при чрезвычайных ситуациях **	II
4)	Штатный и внештатный персонал, студенты, слушатели резидентуры, лица, обучающиеся на базе организации, арендаторы помещений, волонтеры и посетители обучаются правилам безопасности при нахождении в здании и на территории медицинской организации	III
5)	Ежегодно, в соответствии с утвержденными руководством организации процедурами, проводится тестирование знаний персонала по правилам безопасности при нахождении в здании и на территории организации	I
Параграф 3. Безопасность лекарственных средств и изделий медицинского назначения		
45. Управление изделиями медицинского назначения и лекарственными средствами. В организации обеспечено безопасное использование изделий медицинского назначения и лекарственных средств		
1)	Обращение с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II

2	Ежегодно проводится анализ системы управления оборотом лекарственных средств и изделий медицинского назначения, включающий планирование, закуп и хранение **	II
3	Проводится анализ системы управления лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, включающий оценку рисков (выявление проблем или зон высокого риска) **	II
4	Разрабатываются и внедряются процедуры, описывающие каждый этап управления лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения: планирование, закуп, хранение, применение, списание *	I
5	Создается и функционирует формулярная комиссия, рассматривающая вопросы управления лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, включая утверждение формулярного списка **	I
46. Хранение изделий медицинского назначения и лекарственных средств. Хранение изделий медицинского назначения и лекарственных средства хранятся в безопасных условиях		
1	Все лекарственные средства и изделия медицинского назначения хранятся с указанием названия (содержания), срока годности в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан **	II
2	Лекарственные средства и изделия медицинского назначения хранятся с соблюдением температурного режима, влажности и прочих условий, в соответствии с требованиями к их хранению	II
3	Ответственным персоналом организации ведется учет всех лекарственных средств и изделий медицинского назначения (закуп, хранение, выдача, списание)	II
4	Изделия медицинского назначения и лекарственные средства защищаются от потери и кражи **	II
5	Персоналом аптеки / утвержденными должностными лицами проводится контроль всех мест хранения лекарственных средств и изделий медицинского назначения в организации здравоохранения для обеспечения хранения лекарственных средств и изделий медицинского назначения в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан **	I

Глава 4: Уход за донором

47. Безопасность донора. В организации безопасность донора обеспечена на всех этапах осуществления донорской функции		
1	Перед осуществлением донорской функции проводится медицинское обследование донора	I
2	Осуществляются медицинские осмотры регулярных доноров. Результаты лабораторных исследований выдаются донорам при обращении ***	I
3	Обеспечивается безопасное и комфортное рабочее место для взятия крови. Венепункция проводится согласно стандартам операционных процедур, установленных руководством организации **	I
4	Ответственный персонал организации осуществляет наблюдение за донором во время и после забора крови в соответствии с установленной процедурой ***	I
5	Персонал организации обучается установлению признаков неблагоприятных реакций и осложнений у доноров и оказанию необходимой помощи. В наличии имеются средства оказания помощи в случае реакций и осложнений у доноров **	I
48. Права доноров. Организация защищает и обеспечивает права доноров при осуществлении донорской функции		
1	Информация о правах и обязанностях донора, размещается на государственном и русском языках в местах пребывания доноров в соответствии с законодательством Республики Казахстан	I
2	Конфиденциальная информация о донорах предоставляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II

3)	При осуществлении донорской функции обеспечивается право доноров на соблюдение уважительного отношения, свободу от притеснений и конфиденциальность. Культурные или духовные предпочтения доноров не являются основанием к отказу в выполнении донорской функции *	II
4)	Приватность и конфиденциальность информации о доноре обеспечивается путем: предоставления доступа к информации о доноре только уполномоченным лицам или по запросу, и м е ю щ е м у закон н о е о б о с н о в а н и е ; получения согласия донора на раскрытие личной информации семьям и другим организациям; получения согласия донора и реципиента на вовлечение в исследование ***	I
5)	Проводится обучение персонала правилам соблюдения прав донора. Руководством организациями проводится расследование предполагаемых случаев нарушения прав донора **	I
49. Информированное добровольное согласие донора. В организации внедрена процедура получения информированного добровольного согласия донора на донацию		
1)	Процесс получения информированного добровольного согласия на донацию осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан***	I
2)	Перед донацией донору объясняются суть процедуры сбора крови и (или) ее компонентов, риски, связанные с процедурой, правил тестирования образцов крови до и после донации.	II
3)	Перед донацией донору предоставляется время для вопросов и ответов***	II
4)	Персонал обучается процедуре получения информированного добровольного согласия на донацию**	I
5)	Донор осведомляется о праве согласия или отказа от сдачи крови на любом этапе осуществления донорской функции ***	II
50. Ответственность по несоответствиям в отношении доноров и продуктов крови. Организация изучает отчеты несоответствий в отношении доноров с целью улучшения производственной деятельности		
1)	Любое неблагоприятное событие в отношении донора, имевшее место в ходе осуществления донорской функции, оценивается, расследуется и мониторируется персоналом организации **	I
2)	Разработаны и внедрены алгоритмы действий в случае выявления несоответствия компонентов крови первоначальным результатам. При выявлении несоответствия производственных процессов и процедур, качество компонентов крови оценивается до их выпуска	I
3)	При выявлении несоответствия после выпуска компонента крови, он отзывается, а организация-потребитель извещается о потенциальных рисках	I
4)	Несоответствующая единица крови изолируется. Утилизация несоответствующей единицы крови решается на основании результатов оценки и расследования ***	I
5)	Руководством организации утвержден алгоритм оповещения Уполномоченного органа о факте передачи трансмиссивного заболевания при переливании **	I

Глава 5: Контроль процессов

51. Безопасность донорской крови и препаратов крови. Организация обеспечивает выпуск безопасной донорской крови		
1)	Прием доноров осуществляется при наличии документов удостоверяющих личность ***	I
2)	При идентификации донора применяются как минимум два идентификатора (фамилия имя и отчество (при наличии) и полная дата рождения), кроме этого применяется индивидуальный идентификационный номер (уникальный штрих-код). Идентификаторы донора используются во всех формах медицинских карт и на всех контейнерах с биоматериалом донора (донорской кровью или компонентами, пробирках с образцами крови и др.)	I

3	До начала донации персоналом организации проводится проверка контейнера и растворов, используемых для сбора, консервирования и хранения крови или ее компонентов	I
4	Обеспечивается соблюдение мер по снижению риска бактериальной и вирусной контаминации ***	I
5	Ответственным персоналом проводятся контроль, мониторинг, измерения, анализ и улучшения, необходимые для подтверждения соответствия крови и ее компонентов установленным требованиям и постоянного повышения результативности системы менеджмента качества	I
52. Сбор крови. Организации проводит заготовку компонентов донорской крови эффективным и рациональным способом		
1	Порядок заготовки крови и ее компонентов устанавливается с учетом потребностей, а также с целью обеспечения максимальной эффективности и рационального использования донорских ресурсов ***	III
2	Обеспечивается постоянное перемешивание забираемой крови и антикоагулянта / консерванта в контейнере для сбора крови, непрерывность кровотока, установленная продолжительность донации	III
3	При взятии крови методом дискретного плазмафереза обеспечивается использование двух независимых средств идентификации донора и единицы, возвращаемых ему эритроцитов; соблюдение установленного времени возврата донору его эритроцитов; соответствие общего количества крови, забираемого у донора за один раз (исключая антикоагулянт), установленному критерию ***	III
4	При взятии крови методами афереза выполняются дополнительные требования, обеспечивающие безопасность реинфузии аутологичных забираемых компонентов, условия, исключаящие воздушную эмболию. Контролируется общее количество извлекаемых компонентов, которое не должно превышать установленного объема ***	III
5	Для заготовки крови в выездных условиях устанавливаются общие требования к процедуре заготовки крови, а так же к этапам транспортирования персонала, оборудования и заготовленной крови и меры оказания помощи в условиях удаленности от стационара ***	III
53. Переработка крови и получение компонентов. В организации технологии, используемые при заготовке, переработке, хранении и транспортировании донорской крови и ее компонентов обеспечивают предупреждение их контаминации и сохранение биологических свойств крови и ее компонентов		
1	Обеспечивается герметичность системы полимерных контейнеров и не допускается нарушение их целостности при любых методах, используемых в производстве компонентов крови (центрифугирование, замораживание, размораживание, фильтрация, отмывание, деглицеринизация, пулирование и другие) ***	I
2	Режимы центрифугирования устанавливаются в зависимости от состава выделяемых компонентов***)	III
3	Соблюдаются требования к используемым методам замораживания для долгосрочного консервирования клеток крови (эритроцитов, тромбоцитов)***	III
4	Размораживание (оттаивание) крови и ее компонентов производится при установленной температуре с использованием специализированного оборудования***	III
5	Для рентгеновского или гамма-облучения используются методы, обеспечивающие дозу от 25 до 50 грей. Время экспозиции, установленное для каждого лучевого источника, контролируется через интервалы, установленные в инструкции изготовителя	III
54. Маркировка готовой продукции. В организации готовая продукция идентифицируется по этикетке		
1	Маркировке подвергается готовая продукция, прошедшая все стадии переработки, исследований, выбраковки***	I
2	Этикетки маркировки сохраняются в течение всего срока годности продукта, обеспечивается читабельность информации, приведенной на этикетке в течение всего срока хранения. ***	I
3	Принимаются меры к нанесению машиночитаемой информации на этикетку, для возможности автоматической идентификации контейнеров с кровью или ее компонентами ***	II

4)	Одновременно проводится маркировка одноименной продукции. Применяется система проверок процесса маркировки и готовой к выпуску продукции ***	I
5)	Персонал, занятый на работе по выпуску продукции обучается правилам маркировки продукции **	I
55. Выпуск готовой продукции. В организации установлен порядок и полномочия на изменение статуса контроля и выпуск готовой продукции		
1)	Назначаются ответственные лица, имеющие полномочия на изменение статуса контроля и выпуск готовой продукции**	I
2)	Решение о пригодности каждой единицы продукции принимается после завершения всех установленных видов проверки**	I
3)	В учетно-регистрационных формах регистрируются данные по изменению статуса продукта (для медицинского применения, брак, другое)***	I
4)	Готовая продукция передается на склад готовой продукции с сопроводительными документами **	II
5)	Результаты проверок качества продукции анализируются и используются для улучшения деятельности **	II
56. Хранение и транспортировка. В организации обеспечены условия хранения и транспортирования крови и ее компонентов к месту назначения		
1)	На всех этапах хранения и транспортирования крови и ее компонентов обеспечивается идентификация продуктов и сохранение их качества ***	I
2)	Обеспечивается возможность соблюдения температурных интервалов, необходимых для обеспечения жизнеспособности компонентов крови ***	I
3)	Транспортирование крови и ее компонентов осуществляется в термоизоляционных контейнерах с соблюдением санитарно-гигиенических требований ***	I
4)	В учетно-регистрационных формах регистрируются параметры хранения и транспортирования крови и ее компонентов **	II
5)	В систему наблюдения при хранении (крови, компонентов крови, образцов, реагентов, контейнеров для сбора крови и т.п.) включаются: средства измерения температуры; система регистрации температуры (включая периодичность замеров); система оповещения, установленную на всем оборудовании, которая должна подавать сигнал тревоги при нарушении температурного режима**	I
57. Выдача компонентов крови. Из организации компоненты крови отпускаются на основе заявки, подписанной ответственным персоналом организации		
1)	Заказ принимается только от медицинского работника, уполномоченного лечебным учреждением на получение компонентов крови **	I
2)	При приеме заявки идентифицируется личность предъявителя и проверяется правильность оформления заявки. Неправильно оформленные заявки (отсутствие необходимых подписей, данных и т.п.) возвращаются для переоформления **	I
3)	Продукция, имеющая статус "разрешенная для выдачи", размещается в отдельной защищенной зоне (отдела выдачи, экспедиции)***	I
4)	Выданная продукция учитывается, ведутся записи о приеме и возврате заявок; о выдаче готовой продукции. При ведении записей указывается дата выдачи и подписи уполномоченных лиц***	I
5)	При доставке обеспечивается биологическая и материальная сохранность продукции **	I

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

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

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

© 2012. РГП на ПХВ «Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан»
Министерства юстиции Республики Казахстан