

## Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 года № 676.  
Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 8 ноября 2012 года № 8064

**Сноска. Заголовок в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 08.04.2016 № 266 (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. Утвердить:

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

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

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

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

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

**Сноска. Пункт 1 в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 08.04.2016 № 266 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

2. Комитету контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Байсеркин Б.С.) направить настоящий приказ на государственную регистрацию в Министерство юстиции Республики Казахстан в установленном законодательством порядке.

3. Департаменту юридической службы Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Данаева Ж.Ж.) обеспечить официальное опубликование настоящего приказа после его государственной регистрации.

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

5. Настоящий приказ вводится со дня его первого официального опубликования.

*Министр*

*С. Каирбекова*

Приложение 1  
к приказу Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 2 октября 2012 года № 676

**Стандарты аккредитации медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь**

Сноска. Приложение 1 с изменениями, внесенными приказом Министра здравоохранения и социального развития РК от 08.04.2016 № 266 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

## РАЗДЕЛ А «РУКОВОДСТВО»

№	Измеряемые критерии
<b>1.0 ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ</b> Этические нормы определяют направление деятельности организации и процесс принятия решений.	
1.1	Формулировка целей или предназначения медицинской организации осуществляется руководством организации при содействии персонала с учетом рекомендаций заинтересованных сторон и представляет собой основу для планирования и определения направлений развития организации.
1.2	В медицинской организации имеется определенный комплекс этических норм, которыми она руководствуется при принятии решений и определении правил поведения сотрудников.
1.3	Медицинская организация разрабатывает этические правила, охватывающие вопросы в отношении деятельности медицинской организации и обслуживания пациентов.
1.4	Персонал регулярно проходит обучение по вопросам этики и деонтологии.
1.5	В медицинской организации внедрен процесс выявления, анализа и принятия мер по фактам нарушения этических норм.
<b>2.0 УПРАВЛЕНИЕ</b> В медицинской организации осуществляется эффективное управление в соответствии с ее правовым статусом и ответственностью.	
2.1	Обязанности руководства организации включают следующее: 1) определение и рассмотрение этических норм; 2) согласование и утверждение стратегического, оперативного планов организации, а также плана обеспечения качества медицинских услуг; 3) утверждение бюджета и обеспечение организации соответствующими ресурсами для выполнения поставленных целей и задач; 4) мониторинг и оценка достижения результатов стратегических и оперативных планов и качества медицинских услуг; 5) назначение или утверждение руководителей структурных подразделений и оценка эффективности их деятельности.
2.2	Медицинская организация действует в соответствии с законодательством Республики Казахстан, и имеет требуемые учредительные документы, в том числе: 1) свидетельство или справка о государственной (учетной) регистрации (перерегистрации); 2) устав (положение); 3) БИН.

2.3	<p>Руководство организации обеспечивает осуществление деятельности путем:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) получения, рассмотрения и реагирования на предписания государственных органов;</li> <li>2) своевременной актуализации пакета действующих нормативных правовых актов;</li> <li>3) принятия активных действий по доведению их до заинтересованных лиц;</li> <li>4) обеспечения доступности базы нормативных правовых актов для персонала медицинского учреждения.</li> </ol>
2.4	<p>Медицинская организация информирует общественность:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) об оказываемых услугах и условиях их получения;</li> <li>2) о деятельности и принимаемых решениях, которые могут повлиять на предоставляемые услуги;</li> <li>3) о качестве оказываемых услуг и достигнутых результатах.</li> </ol>
<p><b>3.0 СТРАТЕГИЧЕСКОЕ И ОПЕРАТИВНОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ</b>  <b>Организация планирует свои услуги с целью удовлетворения потребностей населения и осуществляет четкое руководство по его реализации.</b></p>	
3.1	<p>В стратегическом плане развития, разработанном руководством совместно с персоналом, излагаются долгосрочные цели, задачи, стратегии для осуществления миссии медицинской организации.</p>
3.2	<p>Стратегический план основан на:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) целях и этических нормах организации;</li> <li>2) потребностях обслуживаемого населения;</li> <li>3) анализа полученных отзывов от пациентов/ семей и общественности;</li> <li>4) количественных и качественных показателей оказания медицинских услуг;</li> <li>5) правительственных стратегиях и приоритетах в здравоохранении;</li> <li>6) ожидаемых результатах по достижению целей и задач организации (индикаторах оценки).</li> </ol>
3.3	<p>Комплексный годовой план разработан и согласован со всеми структурными подразделениями медицинской организации:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в соответствии со стратегическим планом;</li> <li>2) с рассмотрением непосредственных приоритетов;</li> <li>3) содержит задачи и план мероприятий по всем услугам;</li> <li>4) определяет укомплектование штата, финансовые и материальные ресурсы для обеспечения выполнения запланированных действий.</li> </ol>
3.4	<p>Медицинской организацией и ее структурными подразделениями регулярно рассматривается достигнутый прогресс в реализации годового плана в сравнении с целями и планом мероприятий:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) уровень достижения целей и ожидаемых результатов;</li> <li>2) выполнение запланированных действий;</li> <li>3) адекватность ресурсной поддержки;</li> <li>4) соблюдение запланированных сроков;</li> </ol>

	<p>5) нереализованные задачи и проблемы;</p> <p>6) дальнейшие планируемые шаги.</p>
3.5	Служба внутреннего аудита проводит анализ достигнутых результатов в сравнении с годовым планом, информация предоставляется руководителю медицинской организации и руководителям структурных подразделений для планирования дальнейших действий.
3.6	Решения относительно планируемых мероприятий, внесенных в годовой план, сообщаются и обсуждаются с персоналом и передаются при необходимости соответствующим внешним службам.
<p><b>4.0 ОБЩЕЕ УПРАВЛЕНИЕ</b></p> <p><b>Медицинская организация имеет структуру управления и подотчетности. Управление осуществляется квалифицированными менеджерами.</b></p>	
4.1	<p>Руководитель медицинской организации является ответственным и отчитывается за следующее:</p> <p>1) все оперативные вопросы, включая управление рисками и повышение качества, инфекционный контроль, охрану здоровья/труда и безопасность;</p> <p>2) о клинической, управленческой и финансовой деятельности перед руководящим органом и вышестоящими государственными органами;</p> <p>3) реагирование на любые сообщения, полученные от контрольных и регулирующих органов.</p>
4.2	Руководитель медицинской организации имеет образование, квалификацию, стаж и опыт работы.
4.3	В должностной инструкции руководителя медицинской организации определены его права и обязанности.
4.4	Эффективность работы руководителя организации определяется достижениями в деятельности медицинской организации, отчет по исполнению запланированных мероприятий предоставляется в вышестоящую организацию.
4.5	Функции и полномочия каждого структурного подразделения определены и доведены до сведения сотрудников.
4.6	Каждое подразделение медицинской организации возглавляется руководителем, имеющим образование, квалификацию, стаж и опыт работы.
4.7	<p>Лица, ответственные за клиническую деятельность медицинской организации обеспечивают:</p> <p>1) планирование и оценку клинической практики;</p> <p>2) предоставление консультаций по клиническим вопросам руководителю организации и заведующим подразделениями;</p> <p>3) мониторинг стандартов клинического лечения;</p> <p>4) контроль и оказание содействия персоналу.</p>
4.8	<p>Организационная структура:</p> <p>1) оформлена документально и представлена в виде схемы;</p> <p>2) соответствует целям, задачам и функциям организации;</p>

	<p>3) четко отражает структуру подчинения персонала;</p> <p>4) помогает отделам и службам скоординировать планирование и оказание услуг.</p>
4.9	Структура организации регулярно рассматривается и доводится до сведения всего персонала организации и других соответствующих лиц.
4.10	Медицинская организация согласовывает свою деятельность и услуги, предоставляя планы и стратегии государственным органам управления или другим медицинским организациям в целях обеспечения преемственности.
<p><b>5.0 УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ И ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА</b></p> <p><b>Медицинская организация сводит к минимуму возможные риски, постоянно проводит их мониторинг и оценку, а также повышает качество предоставляемых услуг.</b></p>	
5.1	<p>План управления рисками для медицинской организации:</p> <p>1) основан на информации, полученной из стратегического плана;</p> <p>результатов анализа клинических показателей;</p> <p>результатов анализа отзывов пациентов и неблагоприятных событий;</p> <p>службы инфекционного контроля;</p> <p>результатов анализа укомплектования персоналом и обеспечения ресурсами;</p> <p>результатов анализа состояния окружающей обстановки;</p> <p>2) определяет, оценивает и располагает по приоритетам все риски с точки зрения их вероятности и последствий нанесенного вреда здоровью и материального ущерба;</p> <p>3) включает стратегии управления такими рисками;</p> <p>4) имеется в наличии и распространяется среди персонала для ознакомления.</p> <p>Примечание: План управления рисками может включать такие элементы, как политика, критерии для оценки рисков, обязанности и функции по управлению рисками, необходимую подготовку кадров, список идентифицированных рисков (стратегических, эксплуатационных, финансовых и рисков опасности) - реестр рисков или подобный документ с анализом рисков и их уровня, выводы касательно планов работы с рисками или мер по контролю основных рисков, включая процессы по передаче информации заинтересованным сторонам.</p>
5.2	<p>Медицинская организация обучает своих сотрудников правилам снижения рисков, путем:</p> <p>1) обнаружения, оценки и сообщения о ситуациях, включающих риск;</p> <p>2) управления ситуациями, имеющими потенциальный риск;</p> <p>3) предотвращения или контроля инфекции;</p> <p>4) безопасного использования оборудования и материалов;</p> <p>5) безопасного метода транспортировки людей и грузов.</p>
	План управления рисками регулярно проверяется и пересматривается в целях обеспечения его эффективности путем:

5.3	<p>1) контроля за выполнением требований правил управления рисками;</p> <p>2) пересмотра определенных рисков;</p> <p>3) внесения улучшений в план управления рисками, используя результаты, полученные в процессе контроля выполнения требований, правил управления рисками и пересмотра определенных рисков.</p>
5.4	<p>В медицинской организации имеется непрерывная система повышения качества медицинских услуг, включающая:</p> <p>1) участие всех подразделений медицинской организации;</p> <p>2) определение приоритетов медицинской организации по контролю качества предоставляемых услуг и их обновление с учетом нужд и потребностей пациентов, процессов, которые представляют высокий риск, большой объем, являются дорогостоящими или проблемными;</p> <p>3) сбор, анализ и оценку данных мониторинга и аудита;</p> <p>4) информирование руководства и сотрудников.</p>
5.5	<p>Ежегодный план повышения качества:</p> <p>1) разрабатывается совместно с руководителями структурных подразделений;</p> <p>2) подробно определяет мероприятия по контролю качества, планы действия, их цели и методы достижения;</p> <p>3) определяет график проведения аудита, сбора данных по качественным показателям;</p> <p>4) определяет ответственных лиц и сроки исполнения.</p>
5.6	<p>План повышения качества включает мониторинг, отчетность и оценку:</p> <p>1) показателей эффективности лечения по приоритетным заболеваниям и ключевым процессам, например, время ожидания, уровень повторной заболеваемости и госпитализации, ошибки в назначении лекарственных средств, инфекции и несчастные случаи;</p> <p>2) удовлетворенности пациента и его семьи, оказанными медицинскими услугами.</p>
5.7	<p>Руководители структурных подразделений ответственны за реализацию плана по повышению качества, включая следующее:</p> <p>1) мониторинг соответствующих показателей;</p> <p>2) мониторинг выполнения стандартов, политик, процедур, клинических протоколов и правил;</p> <p>3) рассмотрение фактов обращений и предложений со стороны пациентов и их семей;</p> <p>4) проекты по улучшению качества оказываемых медицинских услуг.</p>
5.8	<p>Внутренняя служба по контролю качества:</p> <p>1) получает отчеты по мероприятиям обеспечения качества;</p> <p>2) анализирует собранные данные и классифицирует их по направлениям;</p> <p>3) отчитывается перед руководителями структурных подразделений и руководителями организации.</p>
	<p>Информация и отчеты о повышении качества обсуждаются на производственных или клинических встречах и конференциях.</p>

5.9	Сотрудники организации, руководители структурных подразделений и руководство организации участвуют в принятии решений по определенным действиям в области улучшения качества.
5.10	Проводится аудит медицинской организации с целью оценки качества предоставляемых медицинских услуг и соответствия утвержденным клиническими протоколам: 1) уполномоченным лицом/группой экспертов; 2) в соответствии с графиком проведения клинических аудитов использования клинических протоколов, которые имеются в достаточном количестве.
5.11	Результаты клинического аудита и обзора клинических случаев: 1) обсуждаются в работе соответствующих комиссий, на собраниях или конференциях; 2) используются для улучшения процессов оказания медицинской помощи; 3) включаются в отчеты по выполнению программы повышения качества.
5.12	Мероприятия по повышению качества запланированы, предприняты соответствующие меры и действия, оценена эффективность действий. Персонал, клиенты/пациенты информированы о результатах оценки.
5.13	Персонал следует документированным политикам и процедурам при выполнении своих должностных обязанностей в каждом структурном подразделении.
5.14	Политики и процедуры, утвержденные руководством: 1) ежегодно обновляются; 2) разрабатываются с участием персонала; 3) доступны персоналу на рабочих местах.

## РАЗДЕЛ В «УПРАВЛЕНИЕ РЕСУРСАМИ»

<b>6.0 УПРАВЛЕНИЕ ФИНАНСАМИ</b> <b>Финансовые ресурсы медицинской организации управляются и контролируются для оказания содействия в достижении целей.</b>	
6.1	Руководство ежегодно утверждает план финансово-хозяйственной деятельности: 1) подготовленный финансово-экономическим блоком медицинской организации; 2) с участием персонала медицинской организации; 3) основанный на предполагаемых доходах и сметах расходов; 4) на основе задач и планируемых мероприятий годового плана.
	Порядок и процедуры финансовой деятельности медицинской организации документируются и включают следующее: 1) оперативность выставления счетов и оплаты счетов; 2) бухгалтерский учет;

6.2	3) полномочия по закупке и расходованию средств, процедура передачи полномочий; 4) страхование; 5) управление активами.
6.3	Бухгалтерский учет основан на достоверной финансовой информации обо всех источниках доходов и расходов, и обеспечивает своевременные и точные финансовые отчеты для принятия решений.
6.4	Прибыли, убытки и расходы на услуги регулярно отслеживаются в сравнении с бюджетом и предоставляются руководству медицинской организации в виде ежемесячных финансовых отчетов.
6.5	Существует система внутреннего финансового контроля и аудита.
6.6	Внешний финансовый аудит проводится в соответствии с НПА.
6.7	Медицинские услуги, осуществляются на платной основе: 1) имеется прейскурант цен; 2) цены рассчитаны на основе затрат; 3) оплата платных услуг проводится в соответствии с законодательством Республики Казахстан.
6.8	Список утвержденных платных услуг и их цен доступен населению
6.9	Медицинская организация проводит аудит платных услуг для подтверждения, что: 1) цены соответствующие, а расходы и платежи осуществляются надлежащим образом, согласно документально оформленным процессам; 2) средства используются по целевому назначению.
6.10	Оплата труда сотрудникам, перечисления в пенсионный фонд и другие обязательные отчисления: 1) осуществляются своевременно; 2) основаны на утвержденной структуре заработных плат и вознаграждений сотрудникам медицинской организации.
6.11	Отчеты своевременно направляются в налоговые органы и органы государственной статистики.
<b>7.0 ИНФОРМАЦИОННОЕ УПРАВЛЕНИЕ</b> <b>Организация систематически управляет и защищает свою информацию в целях удовлетворения информационных потребностей и задач.</b>	
7.1	В медицинской организации имеется единая автоматизированная информационная система по управлению ее деятельностью, включающая: 1) наличие совместимых компьютеров и пакетов прикладных программ, отвечающих нуждам каждого отдела; 2) лицензионное программное обеспечение; 3) управление текущими расходами; 4) процедуры необходимых обновлений программного обеспечения; 5) текущее техническое обслуживание; 6) обучение персонала.

7.2	<p>Медицинская организация обеспечивает конфиденциальность, безопасность и целостность информации путем:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) установки уровней защиты для доступа персонала к особо важной информации;</li> <li>2) обучения персонала о неразглашении частной или личной информации и соблюдения конфиденциальности;</li> <li>3) ограничения доступа к конфиденциальной информации, в том числе информации о пациенте.</li> </ol>
7.3	<p>Документально оформленные процедуры защиты информации используются персоналом и включают:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) создание резервных копий файлов;</li> <li>2) хранение резервных копий;</li> <li>3) восстановление данных в случае чрезвычайных ситуаций</li> </ol>
7.4	<p>Персонал клиники имеет доступ к Интернет-ресурсам и телекоммуникационным технологиям для выполнения своих профессиональных обязанностей.</p>
7.5	<p>Персонал может получить информацию о достижениях и передовых технологиях в здравоохранении посредством:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) предоставления актуальной медицинской информации, руководств по эксплуатации медицинского оборудования, базы по лекарственным препаратам в библиотеке или другом доступном месте;</li> <li>2) участия в профессиональных конференциях, семинарах и учебных программах.</li> </ol>
7.6	<p>Медицинская организация использует стандартный процесс управления документацией:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) утвержденную номенклатуру дел с указанием сроков хранения;</li> <li>2) файлы/папки во всех отделениях сводятся в единую номенклатуру;</li> <li>3) документы хранятся в папках в соответствии с номенклатурой дел.</li> </ol>
7.7	<p>Внутренние документы, регулирующие деятельность организации:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) утверждены и подписаны ответственным лицом;</li> <li>2) имеют дату ввода и сроки действия;</li> <li>3) обновляются по потребности;</li> <li>4) контролируются на своевременность выполнения ответственными лицами.</li> </ol>
7.8	<p>Медицинские записи о пациентах:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) защищены от потери, уничтожения, искажения и неправомерного доступа или использования;</li> <li>2) доступны только уполномоченному персоналу;</li> <li>3) удобны для доступа, но с соблюдением конфиденциальности;</li> <li>4) не должны выноситься из помещения без специального разрешения.</li> </ol>
	<p>Медицинская документация архивируется:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в соответствии с документированной процедурой по архивированию документов, их передаче в архив и правилами получения документов из архива;</li> <li>2) под руководством ответственного лица;</li> </ol>

7.9	<p>3) помещение архива находится в защищенном от доступа посторонних лиц месте и оборудовано стеллажами (шкафами);</p> <p>4) и выписки из амбулаторных карт предоставляются только определенным лицам по запросу.</p>
<p><b>8.0 УПРАВЛЕНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ</b>  <b>Эффективное планирование и управление человеческими ресурсами повышает производительность труда персонала и является инструментом в достижении медицинской организацией поставленных целей и задач.</b></p>	
8.1	<p>В медицинской организации используется документированный процесс для определения:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) укомплектованности персонала, необходимого для выполнения планируемых объемов услуг и работ;</li> <li>2) требуемого стажа и опыта;</li> <li>3) наиболее эффективной и рациональной структуры профилей и должностей персонала.</li> </ol>
8.2	<p>Медицинская организация разрабатывает и использует политику и процедуры по управлению штатом, включающую назначение, отбор, обучение, оценку, поощрение, сохранение и привлечение компетентного штата в целях выполнения поставленных задач по оказанию медицинских услуг.</p>
8.3	<p>Доступность специалистов и структура профессиональных навыков персонала:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) соответствуют функциям каждого подразделения;</li> <li>2) пересматриваются ежегодно при планировании или по потребности.</li> </ol>
8.4	<p>На все штатные должности разработаны должностные инструкции, которые утверждены руководством медицинской организации. Должностные инструкции доступны каждому сотруднику и включают:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) квалификацию, навыки, подготовку, опыт работы, требуемые для занятия штатной должности;</li> <li>2) функциональные обязанности;</li> <li>3) подотчетность;</li> <li>4) сроки пересмотра.</li> </ol>
8.5	<p>Назначение/прием на должность производится:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) подписанием контракта между работником и организацией;</li> <li>2) в соответствии с требованиями, изложенными в должностной инструкции;</li> <li>3) в соответствии с трудовым законодательством и обеспечением равных возможностей трудоустройства.</li> </ol>
8.6	<p>До назначения/приема специалиста, допущенного к клинической практике медицинская организация:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) проводит оценку его клинических знаний и навыков;</li> <li>2) проводит проверку предоставленной первичной документации (дипломы, сертификаты);</li> <li>3) оформляет личное дело с указанием послужного списка, трудового стажа и опыта работы.</li> </ol>

8.7	Каждый сотрудник имеет подписанный оригинал своей должностной инструкции, копия которой имеется в отделе кадров.
8.8	Каждый сотрудник проходит инструктаж для ознакомления с медицинской организацией, ее целями и задачами, а также со своими должностными обязанностями, в соответствии с утвержденной процедурой введения в должность.
8.9	Персонал в медицинской организации идентифицируется посредством: 1) ношения специального медицинского обмундирования; 2) униформы для технических работников; 3) бейджей с указанием фамилии, имени, отчества и занимаемой должности.
8.10	В медицинской организации существует ежегодно проводимая процедура оценки результатов работы специалистов на предмет: 1) соответствия целям и задачам, указанным в должностных инструкциях; 2) определения достижений и нуждающихся в повышении квалификации; 3) процедура документируется и подписывается сотрудником и руководителем подразделения; 4) подшивается к личному делу.
8.11	В медицинской организации существует механизм мониторинга деятельности всего клинического персонала, который включает: 1) мониторинг того, что клинический персонал имеет достаточную непрерывную клиническую практику для сохранения своей компетентности; 2) реагирование на проблемы, связанные с компетентностью персонала, посредством дополнительного наставничества, обучения или других процедур; 3) мониторинг того, что клинический персонал занимается клинической деятельностью в рамках своих полномочий и компетенций; 4) регулярную проверку сведений о профессиональной квалификации и компетенций сотрудников.
8.12	Составляется бюджет и ежегодный план по повышению квалификации специалистов на основе: 1) анализа потребностей в дополнительной подготовке сотрудников; 2) анализа потребностей медицинской организации, связанных с оказанием услуг.
8.13	В медицинской организации имеется политика непрерывного профессионального образования, предусматривающая: 1) регулярное повышение квалификации специалистов (не реже 1 раза в пять лет); 2) средства на повышение квалификации.
8.14	Существует полная документированная информация о каждом сотруднике организации, включая записи об обучении, которая относится к конфиденциальной и хранится в защищенном месте

8.15	В медицинской организации проводится анализ ключевых показателей, таких как, отсутствие на работе без уважительной причины, текучесть кадров, результаты которых используются для улучшения.
------	--

## РАЗДЕЛ С «УПРАВЛЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТЬЮ»

<b>9.0 БЕЗОПАСНОСТЬ ЗДАНИЙ</b> <b>Окружающая среда медицинской организации является безопасной и комфортной для пациентов, персонала и посетителей.</b>	
9.1	Здания медицинской организации 1) отвечают потребностям в площади и расположении подразделений при предоставлении услуг пациентам в повседневной работе и во время чрезвычайных ситуаций; 2) регулярно ремонтируются; 3) отвечают требованиям строительных норм и правил; 4) отвечают требованиям санитарных норм и правил.
9.2	В медицинской организации принимаются меры по обеспечению безопасности в соответствии с письменной политикой и процедурами, с целью защиты: 1) персонала, работающего в одиночку или в изолированном помещении; 2) пациентов, посетителей и персонала от угрозы физического насилия и потери имущества в дневное и ночное время; 3) лекарственных средств от краж и хищений; здания, оборудования и имущества от повреждения или утери.
9.3	По всей территории медицинской организации на видных местах установлены легко читаемые информационные знаки по технике безопасности, включая знаки: 1) направлений; 2) запрета курения; 3) запретных зон и прочих предупреждений; 4) опасности радиоактивного излучения в помещении; 5) противопожарного оборудования; 6) схем эвакуации при чрезвычайных ситуациях; 7) указателей ближайшего выхода.
9.4	Территория медицинской организации обслуживается в должном объеме и соответствует транспортным требованиям: 1) имеются свободные подъездные пути; 2) отведено парковочное место для автомобилей медицинской организации, автомобилей пациентов и посетителей; 3) оснащенный гараж для парковки автомобилей медицинской организации при потребности; 4) соответствующее место для проведения ремонта автомобилей.
В медицинской организации имеется возможность передвижения пациентов и посетителей с ограниченными физическими возможностями, и перемещения грузов:	

9.5	<p>1) обеспечение работающих пассажирских лифтов в зданиях, состоящих из трех и более этажей, служебных лифтов в лечебные отделения выше второго этажа или выше;</p> <p>2) пандус, подходящий для детских колясок, инвалидных кресел, каталок и тележек.</p>
9.6	<p>Медицинская организация имеет функционирующие водопроводные и канализационные системы, отвечающие требованиям санитарно-гигиенических норм и правил:</p> <p>1) бесперебойная подача холодной и горячей воды, доступная в местах нахождения пациентов и в других служебных зонах;</p> <p>2) функционирующая канализационная и дренажная система.</p>
9.7	<p>Окружающая обстановка в медицинской организации способствует комфорту и безопасности персонала и пациентов посредством:</p> <p>1) естественной вентиляции при помощи вытяжки воздуха, открывания окон и/или искусственной – приточно-вытяжной;</p> <p>2) функционирующей системы центрального или местного отопления равномерно во всех помещениях в холодное время года;</p> <p>3) адекватного естественного освещения в местах нахождения пациентов;</p> <p>4) наличия адекватного искусственного освещения, в местах, где отсутствует естественное освещение.</p>
9.8	<p>Медицинская организация с целью создания комфортной рабочей среды управляет своими коммунальными службами и сводит к минимуму потенциальные риски:</p> <p>1) имеет в наличии альтернативные источники для предупреждения воздействия перебоев работы коммунальных служб на систему жизнеобеспечения организации и инфекционный контроль;</p> <p>2) обслуживание инженерных коммуникаций осуществляется высококвалифицированными, компетентными работниками, которые следуют надлежащим процедурам;</p> <p>3) предотвращает распространение загрязняющих веществ в таких зонах, как централизованные стерилизационные службы, лаборатория с обеспечением адекватной вентиляции с притоком воздуха из чистых районов в загрязненные.</p>
9.9	<p>Медицинская организация обеспечивает условия для поддержания гигиены пациентов и персонала, предоставляя:</p> <p>1) достаточное количество расположенных в удобном месте, понятно обозначенных и доступных туалетов и гигиенических комнат;</p> <p>2) доступ к раковинам, электросушилкам или бумажным полотенцам во всех туалетах и в рабочих зонах для персонала;</p> <p>3) приватное место для пациентов при отправлении личных потребностей гигиены, возможность получения помощи при этом.</p>
<p><b>10.0 УПРАВЛЕНИЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМИ СИТУАЦИЯМИ И ПРОТИВОПОЖАРНОЙ БЕЗОПАСНОСТЬЮ</b></p> <p>Медицинская организация сводит к минимуму риски возникновения пожара и готова к чрезвычайным и критическим ситуациям.</p>	

10.1	<p>Медицинская организация разрабатывает детальный план мероприятий на случай пожара или иной чрезвычайной ситуации, который включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ответственность за управление и координирование мер экстренного реагирования;</li> <li>2) процесс уведомления аварийных служб и персонала;</li> <li>3) систему экстренной связи;</li> <li>4) процедуру эвакуации людей из здания в случае необходимости.</li> </ol>
10.2	<p>Персонал проходит ежегодное обучение в соответствии с планом реагирования при ЧС, включая процедуры ориентации персонала при эвакуации, и участвует в мероприятиях по учебной тревоге.</p>
10.3	<p>Медицинская организация снижает риск возникновения пожара путем:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) использования огнестойких строительных материалов, таких как огнестойкая краска, шторы, мебель и постельное белье;</li> <li>2) обеспечения запасных путей эвакуации, таких как лестницы внутри здания и внешние пожарные лестницы;</li> <li>3) обеспечения оборудованием пожаротушения (гидранты, пожарные шланги, огнетушители, системы автоматического водяного пожаротушения), расположенного в соответствующих местах и обозначенного надлежащим образом;</li> <li>4) установки системы пожарной сигнализации и системы оповещения;</li> <li>5) использования техники и устройств, для ограничения распространения пожара (противопожарные барьеры, противопожарные стены, пожарные двери и аварийные выключатели).</li> </ol>
10.4	<p>Системы аварийной сигнализации:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) должны находиться в состоянии готовности и быть способными издавать звуковые сигналы, слышимые на необходимом расстоянии и заглушающие остальную шум;</li> <li>2) имеют необходимые настройки, которые содержатся в рабочем состоянии, тестируются в соответствии с программой планово-предупредительного технического обслуживания, полученные данные документируются.</li> </ol>
10.5	<p>Из всех зон здания медицинской организации имеются адекватные пути для эвакуации, включая:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) пути эвакуации в случае пожара, такие как дверные проемы, коридоры, пандусы или переходы, лестничные пролеты, всегда свободные от заграждений;</li> <li>2) пожарные и противоподымные двери, которые должны хорошо открываться и закрываться вручную;</li> <li>3) выходные двери, которые оставляются открытыми или фиксируются электрическими устройствами автоматического расцепления;</li> <li>4) запрет запираения дверей в кабинетах для приема пациентов и выходных дверей, за исключением особых случаев и моментов, когда есть адекватные запасные выходы.</li> </ol>
	<p>Воспламеняющиеся вещества, газовые баллоны и другие, потенциально опасные материалы и химические вещества</p>

10.6	<p>хранятся и используются в соответствии с инструкциями по безопасности, и включают:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) систематическую сортировку и маркировку;</li> <li>2) запираение помещений и обеспечение герметичности;</li> <li>3) запираение контейнеров для хранения газовых баллонов или наличие ограждения, с целью недопущения посторонних лиц;</li> <li>4) хранение на уровне пола на специализированных поддонах.</li> </ol>
<p><b>11.0 БЕЗОПАСНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБОРУДОВАНИЯ И РАСХОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ</b>  <b>Медицинская организация использует оборудование, расходные материалы и медицинские приборы безопасно, эффективно и рационально.</b></p>	
11.1	<p>Медицинская организация планирует закупки, модернизацию и замену медицинских приборов и оборудования:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) для обеспечения планируемых услуг;</li> <li>2) для реагирования при чрезвычайных ситуациях с помощью имеющегося резерва;</li> <li>3) с целью обеспечения бесперебойной работы всех приборов и оборудования.</li> </ol>
11.2	<p>Внедрена программа профилактического технического обслуживания и ремонта приборов и оборудования, включающая:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) наличие графика планового испытания, осмотра, технического обслуживания и ремонта;</li> <li>2) наличие инструкций на основе руководств по эксплуатации производителя, стандартов по обращению с опасными веществами и стандартов безопасности;</li> <li>3) выполнение калибровки;</li> <li>4) соблюдение требований законодательства и местных органов власти.</li> </ol> <p>Примечание: Программа охватывает оборудование для диагностики и лечения пациентов, работу электрических, канализационных, отопительных, вентиляционных систем и их компонентов.</p>
11.3	<p>Имеется процедура обнаружения и оповещения выявленных дефектов и отказов оборудования, включающая:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ведение журнала регистрации дефектов и неисправностей оборудования;</li> <li>2) общепринятый бланк для персонала для подачи заявки на ремонт или замену оборудования;</li> <li>3) достаточное количество расходных материалов для проведения технического обслуживания и мелкого ремонта;</li> <li>4) регулярный обзор нерассмотренных заявок;</li> <li>5) решения о списании и утилизации подлежащего ремонту или устаревшего оборудования в соответствии с установленными критериями;</li> <li>6) мониторинг и документирование всех заявок по ремонту, выполненных работ, произведенных закупок и время их выполнения.</li> </ol>
	<p>Имеются в наличии письменные договора с подрядчиками, обеспечивающими поставки, технические услуги, услуги управления отходами, профилактическое техническое обслуживание и ремонт медицинского и электрооборудования,</p>

11.4	<p>В которых:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) установлены обязанности обеих сторон и требования к безопасности и качеству;</li> <li>2) указаны дата поставки, стоимость;</li> <li>3) содержатся условия, используемые для контроля выполнения работ подрядчиками.</li> </ol>
11.5	<p>Медицинская организация обеспечивает безопасную и правильную эксплуатацию оборудования посредством:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) того, что все сотрудники, эксплуатирующие как новое, так и имеющееся оборудование, и медицинские приборы, проходят обучение по безопасной эксплуатации и техническому обслуживанию;</li> <li>2) того, что к эксплуатации специализированного оборудования (например, автоклавы, насосы IV группы и выше, вентиляторы, уплотнители мусора) допускаются квалифицированные специалисты, имеющие необходимые знания, навыки и свидетельство;</li> <li>3) имеется в наличии и доступны для персонала правила по технике безопасности и инструкции по диагностическому и другому медицинскому оборудованию.</li> </ol>
11.6	<p>Системы связи обеспечивают эффективный поток внутренних и внешних коммуникаций с целью незамедлительного информирования о любом инциденте и включают следующее:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) наличие доступной телефонной связи во всех структурных подразделениях для пациентов и ухаживающих лиц;</li> <li>2) для пациентов функционирующую систему сигнального оповещения медицинского персонала.</li> </ol>
11.7	<p>Все оборудование (лечебно – диагностическое, автоклавы) подключены к контуру заземления.</p>
11.8	<p>Сотрудники службы лучевой диагностики защищены от радиоактивного облучения путем:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) использования кабины радиационной защиты и средств защиты;</li> <li>2) использования индивидуальных дозиметров ежемесячно замеры на радиационный фон, при превышении нормы которого выполняются надлежащие меры;</li> <li>3) проведения два раза в год радиационного контроля</li> </ol>
<b>Поставки</b>	
11.9	<p>Внедрена и используется система управления поставками, предусматривающая:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оценку потребностей в клинических и неклинических поставках для каждого отделения;</li> <li>2) установку минимальных норм товарно-материальных затрат для удовлетворения рассчитанных потребностей и обеспечение поставок с целью снижения до минимума складских запасов и стоимости погрузочно-разгрузочных работ;</li> <li>3) учет движения запасов и контроль объема складских запасов;</li> <li>4) хранение в хороших условиях белья и других мягких материалов;</li> <li>5) своевременную замену запасов до истечения срока</li> </ol>

	<p>годности;</p> <p>6) хранение запасов на полках в сухом и безопасном месте.</p>
11.10	<p>В медицинской организации имеются в достаточном количестве моющие и дезинфицирующие средства, соблюдается график закупок, и имеются акты списания этих средств, а персонал обучен правилам применения средств согласно инструкциям.</p>
<b>Фармацевтические поставки</b>	
11.11	<p>Лекарственные средства и изделия медицинского назначения приобретаются, исходя из конкретных критериев, что включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) области предоставляемых услуг и установленных потребностей пациентов;</li> <li>2) необходимые лекарственные препараты в соответствии с утвержденным перечнем жизненно важных лекарственных средств;</li> <li>3) потребности в специальных лекарственных средствах и изделиях медицинского назначения, запасы которых не предусмотрены;</li> <li>4) способ транспортировки.</li> </ol>
11.12	<p>Структурное подразделение по лекарственному обеспечению использует систему управления запасами, которая включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) список запасов в соответствии с утвержденными нормами для всех отделений;</li> <li>2) использование системы резервного запаса (наличие минимального объема запасов);</li> <li>3) наличие лекарственных средств и изделий медицинского назначения в случае чрезвычайной ситуации, немедленно восполняемых после использования;</li> <li>4) проверку качества, количества, номера партии, даты производства и срока годности приобретенных лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения при проведении приема;</li> <li>5) наличие автоматизированной системы учета для управления запасами и контроля истечения срока годности.</li> </ol>
11.13	<p>Медикаменты хранятся в соответствии с групповой принадлежностью:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) защищены от неблагоприятного воздействия света, влаги и экстремальных температур;</li> <li>2) защищены от вредителей;</li> <li>3) при достаточной вентиляции.</li> </ol>
11.14	<p>Температурный режим при хранении лекарственных средств и контрастных веществ отвечают требованиям производителя:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) медицинские холодильники запираются на замок и используются только для хранения лекарственных препаратов данного температурного режима;</li> <li>2) ведется контроль и запись температурного режима холодильника, и предпринимаются меры при отклонении температуры от заданного диапазона.</li> </ol>
<b>12.0 ЗДОРОВЫЕ УСЛОВИЯ ТРУДА</b>	
<p>Программа гигиены труда персонала способствует безопасным и здоровым рабочим условиям.</p>	

12.1	<p>Имеется программа гигиены труда и здоровья персонала с документированным процессом рассмотрения вопросов, связанных с условиями профессиональной деятельности и поддержкой здоровья персонала, которая включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) биологический скрининг и профилактику риска профессионального заражения крови и жидких компонентов организма от вирусов, таких как гепатиты А, В и С;</li> <li>2) обеспечение механическими подъемными устройствами и обучение персонала методам обращения с ними;</li> <li>3) профилактику получения травм иглой и повреждения глаз;</li> <li>4) контроль радиационной безопасности;</li> <li>5) реабилитацию персонала после болезни или травмы для скорейшего возвращения на рабочее место;</li> <li>6) обеспечение удобным рабочим местом.</li> </ol>
12.2	<p>Медицинская организация предоставляет средства и услуги для обеспечения здоровья сотрудников, включающая:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аптечки оказания первой помощи;</li> <li>2) срочный осмотр и лечение производственной травмы, включая уколы от неосторожного обращения с иглами и повреждения глаз;</li> <li>3) контроль рабочей нагрузки и психологическая поддержка для минимизации стресса и его контроля.</li> </ol>
12.3	<p>Сотрудники обучаются правилам техники безопасности и ответственности за свое здоровье и безопасность, включая:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) стратегии и процедуры по обеспечению охраны труда и безопасности на рабочем месте;</li> <li>2) выявление и управление рисками на рабочем месте;</li> <li>3) выявление и сообщение о происшествиях, авариях и несчастных случаях, в которых пациенты, персонал или кто-либо еще были травмированы или могли быть травмированы на рабочем месте либо при исполнении служебных обязанностей.</li> </ol>
12.4	<p>Медицинская организация ежегодно оценивает удовлетворенность сотрудников условиями труда, гарантируя, что:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) персонал будет ознакомлен с результатами проведенного исследования;</li> <li>2) будут приняты управленческие меры по результатам выявленных проблем.</li> </ol>
<b>Управление рисками</b>	
12.5	<p>Каждое подразделение использует системный процесс, чтобы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) выявлять и вести документальный учет фактических и потенциальных рисков (не менее одного раза в год);</li> <li>2) оценивать степень и последствия выявленных рисков и ранжировать их по степени представляемых угроз;</li> <li>3) применить надлежащий контроль по каждому значимому риску путем его устранения, изоляции, с целью снижения риска или сведения к минимуму его воздействия.</li> </ol>
12.6	<p>Персонал рассматривает значимые риски, которые были изолированы или минимизированы, но не устранены в установленные сроки для выявленных рисков.</p>

12.7	Информация об актуальных вопросах здоровья и безопасности персонала, включая информацию о рисках, вывешены на видном месте и доведены до сведения персонала и сотрудников, работающих на договорной основе.
12.8	Персоналу, который подвергается потенциальным опасностям при выполнении своих служебных обязанностей, предоставляется соответствующая защитная одежда и снаряжение (спецодежда, фартуки, маски, перчатки, головные уборы, защитные очки, а для сотрудников радиологической службы, свинцово-резиновые фартуки).
12.9	Проводится регулярная (ежеквартальная, ежегодная) дезинсекция и дератизация помещений с обязательным документированием.
<b>Инциденты, несчастные случаи и неблагоприятные события</b>	
12.10	Информация об инцидентах, несчастных случаях и неблагоприятных событиях, в том числе о потенциально опасных происшествиях и возникших профзаболеваниях: 1) предоставляется в соответствующей форме, доступной во всех местах и в установленные сроки; 2) записывается в медицинскую карту пациента или личное дело сотрудника; 3) в случае аварии регистрируется в журнале аварийных ситуаций; 4) сообщается в соответствующие органы при получении серьезной травмы работника или пациента; 5) вносится в централизованный журнал регистрации инцидентов для последующего анализа; 6) оперативно расследуются согласно установленной процедуре.
12.11	Результаты расследования инцидентов, несчастных случаев и неблагоприятных событий: 1) проанализированы с целью выявления причины происшествия; 2) передаются соответствующей комиссии или подразделению, и используются для улучшения процессов или дополнительного обучения персонала; 3) доведены до сведения персонала, вовлеченного пациента или его семьи.
12.12	Данные об инцидентах, несчастных случаях и потенциально опасных происшествиях рассматриваются не реже одного раза в год с целью выявления тенденций, а информация предоставляется руководству и сотрудникам для возможности дальнейшего использования с целью предотвращения травматизма или вреда.
<b>13.0 ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ</b> <b>Организация проводит контроль и профилактику инфекционных заболеваний.</b>	
13.1	Медицинская организация разрабатывает программу по инфекционному контролю: 1) для профилактики и снижения распространения внутрибольничной инфекции; 2) с привлечением различных специалистов к ее разработке

	и мониторингу; 3) для всех структурных подразделений.
13.2	Надзор за программой инфекционного контроля осуществляется комиссией по инфекционному контролю, состоящей из представителей соответствующих структурных подразделений, имеющей четкий круг полномочий и ответственной за: 1) разработку и мониторинг программы инфекционного контроля; 2) утверждение и обзор всех политик и процедур по инфекционному контролю и проведение мероприятий; 3) координацию всех мероприятий по инфекционному контролю; 4) рассмотрение и анализ данных по инфекционному контролю не реже одного раза в год; 5) принятие надлежащих мер при выявлении недостатков инфекционного контроля; 6) оценку эффективности принятых мер.
13.3	Программа инфекционного контроля реализуется квалифицированными специалистами (медицинские сестры и/или врачи), в чьи должностные обязанности должны входить: 1) реализация программы инфекционного контроля, учитывая рекомендации и замечания сотрудников и пациентов; 2) реализация политик; 3) обучение персонала; 4) консультации по инфекционному контролю; 5) разработка и применение методов контроля, включая обзор методов борьбы с инфекцией; 6) предоставление отчетов и рекомендаций.
13.4	Проводится регулярный сбор, сравнение и анализ информации о выявленных случаях инфекций для оценки эффективности мероприятий и показателей по инфекционному контролю: 1) результаты своевременно сообщаются в комиссию по инфекционному контролю и руководству клиники и соответствующим сотрудникам; 2) используются стандартные определения для выявления и классификации случаев инфекции, показателей и результатов.
13.5	Проводятся регулярные обзоры клинических и параклинических практик для анализа рисков инфекции, методов инфекционного контроля и потребностей персонала в обучении, включающие: 1) обходы; 2) изучение амбулаторных карт пациентов, лабораторных отчетов и записей о назначении лекарственных средств; 3) лабораторные анализы культур из взятых проб и смывов от намеченных участков с возможным риском инфекции; 4) уведомления, выдаваемые медицинскому персоналу.
	В случае возникновения инфекции, персонал следует оформленным документально процессам, чтобы: 1) незамедлительно выявить, отреагировать и локализовать инфекцию;

13.6	<p>2) изолировать инфицированных пациентов;</p> <p>3) выявить источник и пути распространения инфекции, включая отслеживание всех контактов;</p> <p>4) проконсультироваться с государственными органами здравоохранения или специалистами по инфекционным заболеваниям;</p> <p>5) использовать результаты расследований, чтобы предотвратить повторное возникновение данной формы инфекции;</p> <p>6) сообщить в государственные органы здравоохранения.</p>
13.7	<p>Лабораторный и медицинский персонал, а также медицинские работники, имеющие право назначать лекарственные препараты, работают совместно и с сообществом для того, чтобы:</p> <p>1) незамедлительно выявить и отреагировать на присутствие новых и резистентных вирусов и бактерий;</p> <p>2) следовать стратегиям назначения антибиотиков, которые поддерживают осторожное их использование в лечении инфекций, включая ограничение использования антибиотиков широкого спектра действия;</p> <p>3) проводить наблюдение за множественными резистентными организмами и организмами, связанными с использованием антибактериальных препаратов, как часть программы инфекционного контроля.</p>
13.8	<p>Персонал регулярно проходит инструктаж и своевременно получает обновленную информацию по всем аспектам инфекционного контроля, касающуюся сферы их деятельности, включая:</p> <p>1) программу инфекционного контроля;</p> <p>2) тщательное мытье и дезинфекцию рук;</p> <p>3) стандартные предосторожности и процедуры относительно передачи инфекций;</p> <p>4) политики, процедуры, руководства и принципы инфекционного контроля.</p>
13.9	<p>Персонал, имеющий прямой контакт с пациентом, моет и дезинфицирует руки:</p> <p>1) перед осмотром или лечением пациентов;</p> <p>2) после осмотра или лечения пациентов;</p> <p>3) после физического контакта с любыми материалами или оборудованием возможно зараженными биологическими жидкостями;</p> <p>4) после снятия перчаток.</p>
13.10	<p>Стандартные инструкции и диаграммы по мытью и дезинфицированию рук размещены во всех отделениях и в местах пребывания пациентов, и над умывальниками.</p>
13.11	<p>Персонал следует документированным процедурам и графикам в целях:</p> <p>1) предоставления безопасной и соответственной очистки всех больничных поверхностей;</p> <p>2) очистки, дезинфекции и стерилизации оборудования, материалов и медицинских приборов в соответствии с инструкциями производителя;</p> <p>3) сбора, транспортировки, обработки и хранения грязного</p>

	и чистого белья для того, чтобы предотвратить заражение и инфицирование.
13.12	Технологическая цепочка гигиенических мероприятий от «грязного» до «чистого» обеспечивается путем четкого разделения «грязных» и «чистых» участков, включая отдельные входы и выходы в операционную, прачечную и в центральное стерилизационное отделение.
13.13	Коэффициент внутрибольничных инфекций: 1) оценивается за определенный период времени; 2) анализируется для возможных действий; 3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
13.14	Коэффициент персонала, прошедшего обучение по гигиене рук: 1) оценивается за определенный период времени; 2) анализируется для возможных действий; 3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
13.15	Коэффициент реализации соответствующей практики гигиены рук в организации: 1) оценивается за определенный период времени; 2) анализируется для возможных действий; 3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
<b>Управление отходами</b>	
13.16	Помещение медицинской организации должно содержаться чистым и свободным от мусора и других отходов при помощи: 1) достаточного количества закрытых мусорных контейнеров для пациентов и персонала; 2) регулярного опустошения контейнеров от мусора.
13.17	Отходы собираются, сортируются и хранятся по видам отходов в контейнерах, которые: 1) имеют четкую маркировку и разный цвет для разных видов отходов; 2) имеют плотно закрывающиеся крышки; 3) запираются, если в них клинические отходы; 4) регулярно опустошаются, очищаются и дезинфицируются; 5) расположены на платформах, удобных для выгрузки и погрузки мусора; 6) находятся вдали от лабораторий.
13.18	Персонал, имеющий дело с опасными материалами и отходами: 1) прошел надлежащий инструктаж, обучение и получил информацию о рисках, связанных с такой работой; 2) выполняет документально оформленные стратегии и процедуры в целях безопасного управления отходами; 3) снабжен защитной экипировкой и спецодеждой, соответствующей рискам.

#### РАЗДЕЛ D: ЛЕЧЕНИЕ И УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ

#### 14.0 ПРАВА ПАЦИЕНТА И СЕМЬИ

##### Медицинская организация реализует политику по защите прав пациентов и их семей

14.1	<p>Информация о правах и обязанностях пациента и семьи размещена на государственном и русском языках в местах пребывания пациентов и включает право на:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) достоинство и уважительное отношение;</li><li>2) свободу от притеснений, эксплуатации и физического насилия;</li><li>3) неприкосновенность частной жизни;</li><li>4) конфиденциальность и приватность информации;</li><li>5) охрану и безопасность;</li><li>6) полную информированность;</li><li>7) принятие информированного решения;</li><li>8) подачу жалобы/обращений.</li></ol>
14.2	<p>В местах ожидания и в других местах пребывания пациентов выставлена информация:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) о правах пациентов на государственном и русском языках;</li><li>2) об объеме оказываемых услуг и наличии медицинского оборудования;</li><li>3) о перечне услуг, предоставляемых на бесплатной основе, также прейскурант платных услуг;</li><li>4) о процедуре подачи жалоб/обращений и предложений.</li></ol>
14.3	<p>В медицинской организации имеется процедура:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) обучения персонала по правам пациента и семьи;</li><li>2) мониторинга знаний и соблюдения персоналом прав пациента и семьи;</li><li>3) информирования пациентов и их семей с правами и обязанностями;</li><li>4) неотложного и эффективного расследования и разрешения предполагаемых случаев нарушения прав пациента.</li></ol>
14.4	<p>Медицинская организация обеспечивает приватность и конфиденциальность информации о пациенте путем:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) информирования персонала об ответственности за соблюдение конфиденциальности информации;</li><li>2) обеспечение доступа к информации о пациентах только уполномоченным лицам или по запросу, имеющему законное обоснование;</li><li>3) получения согласия пациентов на раскрытие их личной информации их семьям и другим организациям;</li><li>4) предоставления пациентам возможности частного общения с другими;</li><li>5) обеспечения того, что пациенты получают консультацию и услуги конфиденциально;</li><li>6) выполнения любого медицинского вмешательства только в присутствии тех лиц, которые необходимы для данного вмешательства, с согласия пациента и с учетом его пожеланий.</li></ol>
<b>Средства для удобства пациента и его семьи</b>	
	<p>Для пациентов с ограниченной подвижностью имеются вспомогательные средства для передвижения, поручни и</p>

14.5	перила, инвалидные кресла, костыли и трости, а также предоставляется персонал для помощи таким пациентам.
<b>Информация для пациентов и получение их согласия</b>	
14.6	Пациентам и их семьям предоставляется адекватная информация в доступной форме: 1) о состоянии здоровья пациента; 2) о планируемом лечении; 3) о стоимости, возможных рисках и пользе предлагаемого лечения или обследования; 4) об альтернативных методах лечения или диагностики.
14.7	После предоставления информации и в соответствии с требованиями законодательства медицинская организация получает согласие пациента: 1) в письменном виде с записью его в амбулаторную карту на инвазивные процедуры или операции; 2) в письменном виде на его участие в клиническом исследовании, тестировании медицинских препаратов или новых медицинских технологий.
14.8	Информация относительно направления в другую медицинскую организацию, такая как стоимость, проезд, время, продолжительность лечения и ожидаемый результат, предоставляется пациенту и его семье.
14.9	Пациенты и их семьи обеспечиваются информацией об уходе и заболевании посредством: 1) регулярных занятий по информации о здоровье, проводимых профессионалами в области здравоохранения; 2) предоставления видеоматериалов, брошюр и другой информации о профилактике заболевания и пропаганде здорового образа жизни, которые находятся в доступных местах.
<b>Порядок подачи обращений пациентом</b>	
14.10	В организации существует и используется процесс получения обращений от пациентов и их семей относительно нарушения их прав, в котором: 1) обеспечивается информирование пациентов и их семей о том, как подать обращение в организацию, а также в общество по защите прав пациента или в суд; 2) упрощается процедура путем предоставления готовых бланков для обращений или принятия обращений в произвольном или устном виде; 3) позволяет передать обращение ответственному лицу.
14.11	Существует документальный процесс сбора, приоритизации, расследования, а также справедливого и своевременного удовлетворения обращений, что включает следующее: 1) письменное подтверждение (если по обращению еще не были приняты меры к удовлетворению пациента и его семьи); 2) расследование обращений, опрос вовлеченных сотрудников; 3) вынесение решения об обоснованном обращении; 4) принятие мер при обоснованности обращений; 5) информирование пациента и членов его семьи о ходе расследования через регулярные промежутки времени;

	6) информирование лица, подавшего обращение и других вовлеченных лиц о результате.
14.12	Обращения заносятся в журнал регистрации, контролируется процесс работы с обращениями, и результаты используются для повышения качества.
<b>Отзывы пациентов</b>	
14.13	<p>Организация регулярно измеряет степень удовлетворенности пациентов и их семей услугами путем:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) предоставления информации по почтовому и электронному адресу для обратной связи с пациентами;</li> <li>2) ведения записи замечаний, пожеланий и благодарностей, полученных в письменном виде, по телефону или лично от пациентов;</li> <li>3) проведения анкетирования пациентов с целью определения удовлетворенности пациентов с учетом таких аспектов, как качество оказания услуг, работа персонала и система оплаты, где применимо;</li> <li>4) анализа данных и определения тенденций, которые используются для повышения качества.</li> </ol>
<b>15.0 ДОСТУП К МЕДИЦИНСКОМУ ОБСЛУЖИВАНИЮ, ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ, И ПЛАНИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ</b>	
<b>Потребности пациента удовлетворяются своевременно, и предоставляется эффективная госпитализация с оценкой и планированием лечения и ухода за пациентом.</b>	
15.1	<p>Доступность услуг медицинской организации для населения осуществляется путем:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) предоставления бесплатного обслуживания в соответствии с Перечнем гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;</li> <li>2) удобного графика работы служб для групп пациентов в соответствии с предоставляемыми услугами;</li> <li>3) информирования населения об объеме медицинских услуг, графике работы и о порядке получения неотложной медицинской помощи</li> </ol>
15.2	<p>В первой точке контакта, пациент:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) проходит осмотр/обследование с целью оценки его состояния для определения приемлемости услуг организации;</li> <li>2) затем направляется или госпитализируется в более подходящую службу;</li> <li>3) получает необходимую ему помощь.</li> </ol>
<b>Оценка</b>	
15.3	<p>Проводится всесторонняя оценка потребностей и потенциальных рисков пациента путем сбора информации касательно:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) анамнеза заболевания, текущего аллергологического и медикаментозного анамнеза;</li> <li>2) жизненно важных показателей, веса и основных результатов осмотра;</li> <li>3) степени боли;</li> <li>4) функционального, эмоционального и умственного состояния;</li> <li>5) поведения, которое может представлять риск для</li> </ol>

	<p>пациента и других людей;</p> <p>б) культурных и духовных ценностей и потребностей.</p>
15.4	<p>Квалифицированные медицинские специалисты в оперативном порядке проводят оценку состояния пациента:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) с участием самого пациента и/ или его семьи;</li> <li>2) документируют результаты осмотра и первичного диагноза в амбулаторную карту пациента.</li> </ol>
15.5	<p>Выполняются соответствующие лабораторные анализы, рентгеновские и прочие диагностические снимки и тесты, а их результаты:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) сообщаются врачу, который выдал пациенту такое направление;</li> <li>2) заносятся в амбулаторную карту пациента с указанием даты и времени получения.</li> </ol>
15.6	<p>По тяжелообольным пациентам принимаются своевременные меры, чтобы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) провести консилиум с соответствующими специалистами;</li> <li>2) поставить диагноз сопутствующих заболеваний;</li> <li>3) рассмотреть прогноз течения заболевания и осложнения;</li> <li>4) повторно осмотреть пациента, в случае осложнений и занести полученные данные в амбулаторную карту пациента.</li> </ol>
15.7	<p>Состояние пациентов повторно оценивают через определенные промежутки времени, чтобы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) определить реакцию на лечение;</li> <li>2) запланировать дальнейшее лечение и реабилитацию пациента;</li> <li>3) результаты повторной оценки заносятся в амбулаторную карту пациента.</li> </ol>
<b>Планирование лечения и ухода за пациентом</b>	
15.8	<p>План лечения и ухода разрабатывается и заносится в амбулаторную карту пациента:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) на основании оценки потребностей пациента, результатов диагностических тестов и диагноза, который нужно окончательно и своевременно поставить;</li> <li>2) на основании руководств доказательной практики или клинических протоколов;</li> <li>3) с участием пациента и его семьи;</li> <li>4) отражая предпочтения и выбор пациента.</li> </ol>
15.9	<p>Лечение и уход за пациентом является комплексным и включает следующее:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) цели и ожидаемые результаты лечения и ухода;</li> <li>2) предоставляемые услуги и лечение (сколько, как часто, где, кем);</li> <li>3) план лечения;</li> <li>4) требуемый график мониторинга состояния пациента;</li> <li>5) планирование мероприятий диспансерного наблюдения при необходимости.</li> </ol>
15.10	<p>Риски лечения и использования оборудования:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оценены и управление этими рисками включено в план лечения и ухода за пациентом;</li> <li>2) включают аллергию на лекарства, резистентность к антибиотикам, риски пожара/ травмы от использования</li> </ol>

лазеров, риски в результате хронических болезней, как диабет, и риски от инфекционных заболеваний, как СПИД, ВИЧ и вирусный гепатит.

#### **16.0 ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ**

**Своевременное и безопасное лечение и уход за пациентом предоставляются в соответствии с планом лечения и ухода за пациентом, и предоставление услуг завершается согласно плану.**

16.1 Уход за пациентом и лечение предоставляются в соответствии с планом лечения и ухода за пациентом и клиническим руководствами и стандартами:  
1) младший медперсонал и медицинские специалисты, участвующие в лечении и уходе за пациентом, ознакомлены с планом ухода;  
2) услуги предоставляются своевременно и с установленной регулярностью;  
3) используются соответствующие методы и оборудование.

16.2 Квалифицированные лица:  
1) отвечают за лечение и уход за пациентом на каждом этапе лечения;  
2) известны персоналу, как ответственные лица;  
3) их данные занесены в амбулаторную карту пациента.

16.3 Пациенты могут получить помощь по требованию:  
1) медицинский персонал доступен в любое время в соответствии с графиком дежурств;  
2) дежурный врач осматривает пациентов, требующих специального лечения и вносит данные осмотра в амбулаторную карту пациента.

16.4 Уровни боли пациентов оцениваются, с использованием соответствующего инструмента/шкалы по измерению боли, устранение боли и страдания осуществляется в соответствии с последними методами и технологиями.

16.5 Безопасность пациента обеспечивается путем:  
1) идентификации пациента двумя различными методами во время назначения лекарственных препаратов, при заборе образцов крови и других образцов для клинического анализа или предоставлении любого другого лечения или процедуры;  
2) верификации участка тела до проведения диагностической или лечебной процедуры;  
3) использования процесса принятия устной или телефонной информации с проверочным повтором записанного полного текста информации лицом, получившим эту информацию.

16.6 Риск падения каждого пациента, включая потенциальный риск, связанный с медикаментозным лечением пациента:  
1) оценивается и периодически оценивается повторно;  
2) снижается или устраняется путем принятия мер при обнаружении рисков.

В течение всего времени оказания услуг пациенту между различными услугами поддерживается целостность и непрерывность путем:  
1) проведения для персонала ознакомительного инструктажа по индивидуальным потребностям каждого пациента и

16.7	<p>выполнению поставленных задач;</p> <p>2) того, что группа, осуществляющая уход и лечение, проводит регулярные обсуждения динамики состояния пациента;</p> <p>3) использования стандартного подхода к преемственности между профилями (отделениями), включая обновленную информацию по состоянию каждого пациента, сообщая о любых инцидентах и предоставляя возможность задавать вопросы о пациентах и отвечать на них;</p> <p>4) соблюдения комплекса процедур по переводу пациента из одного профиля (отделения) в другой с соответствующей информацией, сопровождающей пациента;</p> <p>5) ведения амбулаторной карты пациента с внесением точных и своевременных записей о динамике состояния.</p>
16.8	<p>Динамика состояния пациента в достижении целей и ожидаемых результатов в его плане лечения:</p> <p>1) регулярно отслеживается в координации с пациентом и его семьей;</p> <p>2) измеряется с использованием количественных и качественных методов оценки;</p> <p>3) заносится в медицинскую карту пациента.</p>
16.9	<p>План лечения пациента пересматривается в соответствии с результатами повторной оценки и прогрессом в достижении определенных целей при помощи:</p> <p>1) определения и рассмотрения барьеров, которые могут помешать пациентам достичь цели их лечения;</p> <p>2) пересмотра, в зависимости от обстоятельств, целей и ожидаемых результатов, режимов лечения и временных рамок.</p>
16.10	<p>Коэффициент идентификации пациентов:</p> <p>1) оценивается за определенный период времени;</p> <p>2) анализируется для возможных действий;</p> <p>3) коэффициент доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.</p>
16.11	<p>Коэффициент ошибок в передаче информации в пунктах перехода (при передаче смены, смена службы, передвижение между службами):</p> <p>1) оценивается за определенный период времени;</p> <p>2) анализируется для возможных действий;</p> <p>3) коэффициент доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.</p>
<b>Окончание обслуживания (для дневного стационара)</b>	
16.12	<p>Персонал готовит пациентов к переводу, выписке или окончанию обслуживания, и последующему лечению, там, где применимо, путем:</p> <p>1) планирования окончания услуг, предоставляемых пациенту и его семье;</p> <p>2) оценки и документирования готовности пациента к выписке/переводу и его текущих потребностей;</p> <p>3) с участием других лечебных организаций там, где требуется дальнейший уход или лечение;</p> <p>4) будущих назначений или иных соглашений и договоров по окончанию услуги;</p>

	<p>5) обзора результатов предоставленного ухода и лечения, и последующих взаимодействий до конца услуги;</p> <p>6) занесения в медицинскую карту пациента последующих планов и направлений пациента в другие лечебные учреждения или в другие организации.</p>
16.13	<p>Выписной эпикриз оформляется и:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) выдается пациенту за час до выписки или перевода;</li> <li>2) содержит: <ul style="list-style-type: none"> <li>причины госпитализации;</li> <li>значимые заключения;</li> <li>диагноз;</li> <li>любые выполненные процедуры;</li> <li>любые назначенные лекарственные препараты и прочие виды лечения;</li> <li>состояние пациента при выписке;</li> <li>лекарственные препараты при выписке и другие последующие инструкции;</li> <li>указание того, были ли достигнуты цели ухода и лечения;</li> <li>рекомендации по дальнейшему лечению и наблюдению пациента;</li> </ul> </li> <li>3) в случае смерти, соответствующая информация о смерти передается в уполномоченный орган.</li> </ol>
16.14	<p>Персонал удовлетворяет нужды умирающих пациентов:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) помогая им в ослаблении боли и симптомов;</li> <li>2) предоставляя уважительный и сострадательный уход;</li> <li>3) обеспечивая текущую коммуникацию относительно прогресса болезни, симптомов и других вариантов ухода;</li> <li>4) удовлетворяя их потребность в уединении, психологической и эмоциональной поддержке, а также духовных и культурных потребностей;</li> <li>5) помогая им и их семьям подготовиться к летальному исходу.</li> </ol>
<p><b>17.0 АНЕСТЕЗИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ</b></p> <p><b>Анестезия и хирургическое лечение предоставляется пациенту на своевременной и безопасной основе в целях удовлетворения его определенных нужд.</b></p>	
17.1	<p>Анестезия (в том числе и глубокая седация) и хирургические услуги выполняются квалифицированными специалистами в соответствии с письменными политиками и процедурами, и доступны в рабочее время, а также принимаются меры для оказания неотложной помощи в нерабочее время.</p>
17.2	<p>Каждый пациент:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) перед анестезией оценивается квалифицированным специалистом;</li> <li>2) осматривается непосредственно перед вводным наркозом;</li> <li>3) получает информацию о возможных рисках и преимуществах анестезии и альтернативных тактиках.</li> </ol>
17.3	<p>Физиологическое состояние пациента во время анестезии находится под непрерывным контролем персонала, а после анестезии за пациентом ведет наблюдение квалифицированная медсестра.</p>

17.4	<p>Запись течения анестезии/ седации включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) информацию по введенным пациенту лекарственным препаратам, жидкостям;</li> <li>2) информацию о фактически использованных анестезиологических препаратах;</li> <li>3) любые необычные события или осложнения анестезиологического пособия;</li> <li>4) время начала и окончания анестезии;</li> <li>5) фамилию и подпись анестезиолога или квалифицированного врача.</li> </ol>
17.5	<p>На основании документирования результатов мониторинга состояния во время восстановления пациент переводится квалифицированным специалистом в профильное подразделение, а время поступления, выписки или перевода фиксируется.</p>
17.6	<p>Каждый этап анестезиологического пособия записывается в медицинской карте пациента.</p>
17.7	<p>Хирургическая помощь планируется и документируется на основании результатов предоперационной оценки, предоперационного диагноза и обсуждения с пациентом и семьей метода, тактики, предполагаемого объема, возможных рисков и альтернативных методов лечения.</p>
17.8	<p>До выписки пациента в условиях дневного стационара в медицинской карте производится подробный письменный отчет о хирургическом вмешательстве, включающий:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) описание хирургической процедуры;</li> <li>2) результаты;</li> <li>3) информация о взятии образцов ткани;</li> <li>4) ФИО хирурга и ассистентов, операционной сестры.</li> </ol>
17.9	<p>Коэффициент использования контрольного перечня по хирургической безопасности, рекомендованного ВОЗ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оценивается за определенный период времени;</li> <li>2) анализируется для возможных действий;</li> <li>3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.</li> </ol>
17.10	<p>Коэффициент необоснованного использования наркотических препаратов:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оценивается за определенный период времени;</li> <li>2) анализируется для возможных действий;</li> <li>3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.</li> </ol>
<b>18.0</b>	<b>ЛАБОРАТОРНАЯ</b>
<b>Объем</b>	<b>лабораторных услуг в медицинской организации четко определен</b>
18.1	<p>Оказываемые услуги и их организация четко описаны и могут включать в себя:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>гистопатология и цитология;</li> <li>клиническая химия;</li> <li>гематология;</li> <li>микробиология (бактериология);</li> <li>паразитология;</li> <li>диагностическая иммунология и серология;</li> </ul>

	радиоиммуноанализ; общеклинические исследования; молекулярно-биологический (включает генетический) анализ; химико-токсикологический анализ; вирусология.
18.2	Правила и процедуры устанавливают мероприятия в рамках лабораторной службы.
<b>Система управления качеством в лаборатории</b>	
18.3	Проводится мониторинг стандартов ISO по принципу самооценки.
18.4	План повышения качества подготовлен и реализован, а также основан на результатах мониторинга и контроля качества стандартов ISO.
<b>Руководство лаборатории</b>	
18.5	Руководитель лабораторной службы имеет соответствующую квалификацию (включая клинические и управленческие требования).
18.6	Описание должностных обязанностей руководителя лабораторной службы определяет следующие обязанности: 1) обзор клинической и технической компетентности персонала; 2) передача полномочий, если применимо; 3) участие в разборе жалоб; 4) консультативная помощь при оценке нового оборудования; 5) оказание консультативной помощи по клиническим и техническим процедурам, современной наилучшей практике и важным научным находкам для клинического и технического персонала; 6) организация разработки всех клинических и технических правил, процессов и процедур; 7) несет ответственность за создание и функционирование системы управления качеством лабораторных услуг.
18.7	Руководитель лабораторной службы обеспечивает функционирование системы управления качеством лабораторных услуг.
18.8	Руководитель лабораторной службы обеспечивает, чтобы все лабораторные услуги предоставлялись в соответствии с установленными правилами и процедурами оказания услуг.
18.9	Руководитель лабораторной службы обеспечивает, чтобы проводился непрерывный мониторинг качества и выполнялся текущий план повышения качества.
<b>Ресурсы, имеющиеся для оказания качественных лабораторных услуг</b>	
18.10	Имеется надлежащая численность компетентного персонала, способного оказывать объем услуг лаборатории.
	Имеется надлежащее оборудование для оказания объема услуг лаборатории, а также определены процедуры использования оборудования: 1) отбор; 2) квалификация, включая установку, работу и

18.11	<p>результативность;</p> <p>3) идентификация и использование;</p> <p>4) техническое обслуживание;</p> <p>5) калибровка;</p> <p>6) система сигнализации, если применимо;</p> <p>7) информационные системы, включая системы электронной записи;</p> <p>8) система обеспечения бесперебойного электропитания оборудования.</p>
18.12	Здание и инфраструктура лаборатории соответствуют для безопасного оказания объема услуг лаборатории.
<p><b>19.0 МЕНЕДЖМЕНТ МЕДИКАМЕНТОВ</b></p> <p><b>Управление и использование лекарственных средств является безопасным, эффективным и рациональным.</b></p>	
19.1	<p>Сертифицированный квалифицированный фармацевт:</p> <p>1) проводит выбор, заказ, раздачу и распределение лекарственных средств;</p> <p>2) контролирует фармацевтические услуги, предоставляемые медицинским персоналом;</p> <p>3) проводит мониторинг назначенных лекарственных средств;</p> <p>4) предоставляет консультации персоналу и пациентам.</p>
19.2	<p>Организация использует утвержденный перечень основных лекарственных средств (лекарственный формуляр), который:</p> <p>1) подготовлен совместно с учетом предоставляемых услуг, нужд пациента, научной обоснованности и экономической эффективности;</p> <p>2) включает все необходимые терапевтические группы лекарственных препаратов;</p> <p>3) включает списки лекарственных препаратов высокого риска, применяемых в организации;</p> <p>4) доступен для медицинского персонала во всех клинических подразделениях;</p> <p>5) является текущим и обновляется не менее одного раза в год.</p>
19.3	<p>Реанимационная сумка или тележка с лекарственными препаратами, которые могут срочно потребоваться в критических ситуациях, например, при остановке сердца:</p> <p>1) имеется в наличии во всех местах, где находятся пациенты;</p> <p>2) когда не используется, закрыта или прикреплена к стене (в случае с тележкой);</p> <p>3) укомплектована в соответствии с утвержденным перечнем;</p> <p>4) доукомплектовывается после использования, включая инструкции по оказанию неотложной помощи.</p>
19.4	<p>Заказ, хранение, использование и списание лекарственных средств, подлежащих строгому учету, регулируются в соответствии с утвержденными положениями и процедурами:</p> <p>1) хранение осуществляется в отдельном металлическом шкафу, прочно фиксированном к стене или полу;</p> <p>2) заказ составляется ответственным специалистом с заполнением учетно-отчетной документации;</p>

	3) все дозы были подсчитаны и зарегистрированы в книге учета медикаментов.
19.5	Все лекарственные средства с истекшим сроком годности или списанные по иным причинам (в том числе и препараты, возвращенные пациентами, неиспользованные лекарственные средства, подлежащие строгому учету), безопасно утилизируются в соответствии с письменной процедурой.
19.6	<p>Медицинская организация разрабатывает подходы по повышению безопасности использования лекарственных средств:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) концентрированные лекарственные средства хранятся отдельно от других лекарственных средств с дополнительным предупреждением, напоминающим персоналу о необходимости разбавления перед использованием;</li> <li>2) запрещено хранение концентрированных электролитов (включая хлорид калия, фосфат калия, хлорид натрия &gt;0.9%, сульфат магния) в зонах пребывания пациентов;</li> <li>3) все лекарственные средства, контейнеры для медикаментов, шприцы, системы для внутривенного вливания, поильники, находящиеся в стерильных зонах, маркируются;</li> <li>4) внедрены и используются процессы с целью предотвращения ошибок назначения и применения препаратов высокого риска и концентрации, препаратов, имеющих схожую упаковку, или созвучных препаратов.</li> </ol>
19.7	<p>В медицинской организации имеется система, которая обеспечивает, что выписанные рецепты:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) выдаются только уполномоченными медицинскими работниками, имеющими право назначать рецептурные препараты (зарегистрированными практикующими врачами);</li> <li>2) заполнены разборчивым почерком и должным образом подписаны врачом;</li> <li>3) включают возраст и пол пациента, предварительный или подтвержденный диагноз, частоту и продолжительность приема, дозу, форму лекарственных препаратов.</li> </ol>
19.8	Персонал следует письменной политике, включая временные рамки и способ заказа, для устных заказов медикаментов в чрезвычайных обстоятельствах, которые были согласованы медицинским, медсестринским и фармацевтическим персоналом.
19.9	<p>Пациенту предоставляется письменная и устная информация относительно выписанного лекарственного препарата, включая:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) стоимость, если применимо;</li> <li>2) положительное действие (эффективность) и побочные эффекты;</li> <li>3) риски несоблюдения инструкций;</li> <li>4) безопасный и соответствующий способ использования лекарственного препарата.</li> </ol>
19.10	В организации проводится оценка фармакологических подходов при лечении больных определенными

	<p>нозологическими формами посредством определения ответственного лица по проведению мониторинга рационального использования лекарственных препаратов.</p>
19.11	<p>Все лекарственные препараты для отдельного пациента выписываются согласно утвержденной форме для назначений лекарственного препарата и лекарственного формуляра медицинской организации:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) имя пациента и регистрационный номер;</li> <li>2) дата;</li> <li>3) диагноз;</li> <li>4) лекарственный препарат, принимаемая доза и частота, и выдаваемое количество;</li> <li>5) продолжительность приема;</li> <li>6) ФИО назначившего врача, имеющего право назначать рецептурные препараты.</li> </ol>
19.12	<p>Организация определяет политику и процедуры по безопасному и точному назначению лекарственных препаратов, включая следующее:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) лекарственные препараты должны назначаться только врачами;</li> <li>2) лекарственные препараты назначаются в соответствии с пятью «правильно» - правильное лекарство, правильная доза, правильный способ применения, правильное время и правильный пациент;</li> <li>3) пациентов информируют относительно побочных эффектов лекарственных препаратов;</li> <li>4) самостоятельный прием лекарственных препаратов;</li> <li>5) безопасная дозировка педиатрических лекарственных препаратов в случае критической ситуации, если применимо;</li> <li>6) показания к назначению парентерального питания;</li> <li>7) документальное фиксирование каждой принятой дозы лекарственного препарата.</li> </ol>
19.13	<p>Безопасному, эффективному и экономному использованию лекарственных препаратов способствует фармакологическая служба по мониторингу назначений посредством:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) определения несоответственного лекарственного препарата;</li> <li>2) мониторинга неблагоприятных реакций;</li> <li>3) мониторинга всех лекарственных препаратов с высоким риском;</li> <li>4) мониторинга антибиотиков на рациональное использование;</li> <li>5) мониторинга раздачи и других ошибок с медикаментами;</li> <li>6) проверки адекватности маркировки лекарственных препаратов и информации на листке-вкладыше в упаковке;</li> <li>7) визуального контроля лекарственных препаратов, для того, чтобы оценить их качество и сроки годности;</li> <li>8) способствования назначению экономичных и недорогих лекарственных препаратов.</li> </ol>
19.14	<p>Коэффициент надлежащего использования профилактических антибиотиков (обязательное и своевременное введение):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оценивается за определенный период времени;</li> <li>2) анализируется для возможных действий;</li> </ol>

	3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
19.15	<p>Коэффициент ошибок при назначении и применении медикаментов (неправильное лекарство, неверная доза, неверное применение):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оценивается за определенный период времени;</li> <li>2) анализируется для возможных действий;</li> <li>3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.</li> </ol>
<b>20.0 МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА</b>	
<b>Записи в медицинской карте пациента содержат достоверные, точные и всесторонние данные, и призваны для обеспечения безопасного и непрерывного лечения за пациентом.</b>	
20.1	<p>Персонал следует документированному процессу управления медицинскими записями о пациентах, включающему:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) проводимые записи, включая присвоение пациентам идентификатора;</li> <li>2) использование только общеизвестных символов и сокращений;</li> <li>3) поддержание стандартного формата с целью облегчения поиска информации в медицинских записях;</li> <li>4) своевременное оформление медицинской документации медицинскими сотрудниками;</li> <li>5) хранение, защиту, восстановление и архивирование медицинской документации пациента.</li> </ol>
20.2	<p>На каждого пациента оформляется медицинская карта, включающая всю информацию от врачей и оформленную в хронологическом порядке, благодаря которой возможна эффективная коммуникация и непрерывность лечения и ухода, включая:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дату и время обращения;</li> <li>2) оценку состояния пациента, в хирургических отделениях анестезиологическую и хирургическую оценку пациентов;</li> <li>3) анамнез заболевания;</li> <li>4) оформленный документально диагноз по каждой записи, сделанной другой службой;</li> <li>5) клинический осмотр;</li> <li>6) план лечения и ухода за пациентом, включая цели и ожидаемые результаты;</li> <li>7) план последующих действий в лечении пациента;</li> <li>8) назначения лекарственных средств;</li> <li>9) планирование лечебно-диагностических исследований и интерпретация полученных результатов;</li> <li>10) прочие детали лечения.</li> </ol>
20.3	<p>Записи в медицинской карте пациента, включая изменения, вносятся только уполномоченными лицами:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) записи разборчивые;</li> <li>2) записи производятся своевременно;</li> <li>3) подписаны с указанием ФИО;</li> <li>4) включают дату и время проводимых мероприятий.</li> </ol>
	В медицинской карте имеются записи, предупреждающие персонал о наличии неблагоприятного фона у пациента,

20.4	таком, как аллергический анамнез, неблагоприятные реакции на лекарственные средства, радиоактивная опасность и риск заражения.
20.5	В медицинской карте пациента имеется свидетельство о реализации плана лечения и ухода за пациентом, включая: 1) наблюдение; 2) записи о консультациях; 3) сведения и результаты вмешательств, и полученное информированное согласие; 4) записи обо всех значительных событиях, таких как операции, изменение состояния пациента; 5) реакцию организма на лечение и уход, а также прогресс в достижении целей; 6) любые потенциально опасные происшествия, инциденты или неблагоприятные события.
20.6	Копия информации о медицинских услугах, предоставленная другим медицинским организациям и поставщикам после направления пациентов или после предоставления пациенту услуг хранится в его медицинской карте.
20.7	Регулярно проводятся запланированные проверки медицинской документации с целью рассмотрения полноты, точности и своевременности заполнения.
20.8	Коэффициент ошибок, связанных с медицинской документацией пациентов: 1) оценивается за определенный период времени; 2) анализируется для возможных действий; 3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования
20.9	Коэффициент проведенных аудитов (службой внутреннего аудита): 1) оценивается за определенный период времени; 2) анализируется для возможных действий; 3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
<b>21.0 КАЧЕСТВО ЛЕЧЕНИЯ И УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ</b> <b>Организация постоянно отслеживает, оценивает и улучшает качество клинических процессов, и процессов связанных с уходом за пациентом.</b>	
21.1	По всем лечебно-профилактическим процедурам имеются стандартные процедуры, клинические руководства, протоколы и алгоритмы, которые: 1) разрабатываются на основании научных исследований и доказательств; 2) утверждаются руководителем медицинской организации; 3) используются для обучения и проведения аттестации персонала по выполнению процедуры; 4) выполняется назначенным персоналом.
21.2	Проверяется клиническое качество, а также результаты, примененные для улучшения путем использования: 1) графика экспертиз медицинских карт больного для оценки

	<p>соответствия стандартам, стратегиям и процедурам;</p> <p>2) разбора случаев, подлежащих обязательной экспертизе в соответствии с нормативными актами.</p>
21.3	<p>Предоставление пациенту медицинских услуг отслеживается, результаты используются для улучшения следующих аспектов:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) времени ожидания;</li> <li>2) оценки состояния пациента;</li> <li>3) хирургических и инвазивных процедур;</li> <li>4) использование анестезии, умеренной и глубокой седации, а также других процессов, содержащих высокий риск;</li> <li>5) наличие, содержание и ведение медицинской документации;</li> <li>6) инфекционный контроль и отчетность;</li> <li>7) рациональное использование антибиотиков;</li> <li>8) ошибки назначения лекарственных средств и неблагоприятные реакции при использовании препаратов;</li> <li>9) использование ограничений и изоляции.</li> </ol>
21.4	<p>Внедрен процесс по выявлению ошибок при назначении лекарственных препаратов и информирования о неблагоприятных событиях при использовании лекарственных средств:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) информация своевременно сообщается в соответствии с установленной процедурой;</li> <li>2) анализ полученных данных используется для улучшения качества с целью снижения уровня ошибок при назначении и использовании лекарственных препаратов.</li> </ol>
21.5	<p>В медицинской организации создана Формулярная комиссия, анализирующая использование антибактериальных препаратов в лечении пациентов для определения эффективности лечения и контроля за развитием резистентности к антибиотикам, рациональным использованием лекарственных препаратов.</p>
21.6	<p>Показатели, разработанные для приоритетных болезней и ключевых клинических процессов, например, время ожидания, ошибки в назначении лекарственных препаратов, уровень инфекции:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) определяются на непрерывной основе;</li> <li>2) измеряются с согласованной частотой;</li> <li>3) информация передается в соответствующие службы организации, руководству и персоналу;</li> <li>4) определенные услуги, предоставленные за определенный промежуток времени сравниваются с исходными данными;</li> <li>5) информация используется для повышения качества.</li> </ol>
21.7	<p>На каждый летальный случай проводится конференция с участием специалистов, задействованных в данном случае, таких как лечащий врач, заведующий отделением, руководитель организации с заместителями, патологоанатом и представители службы внутреннего аудита, с целью:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) обсуждения данного случая;</li> <li>2) анализа причин (-ы) летального исхода;</li> <li>3) подготовки отчета с согласованными мерами предотвращения повторного возникновения выявленных рисков.</li> </ol>

21.8	<p>Комиссия по изучению летальных исходов (КИЛИ):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) создается руководителем медицинской организации;</li> <li>2) рассматривает и расследует все случаи смерти;</li> <li>3) проводит анализ причин смерти;</li> <li>4) выдает рекомендации по улучшению процессов в целях снижения числа смертности;</li> <li>5) отчет представляется руководителю медицинской организации;</li> <li>6) проводится семинар с персоналом поликлиники о борьбе с летальностью.</li> </ol>
------	--

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ	- Всемирная организация здравоохранения
ВИЧ	- Вирус иммунодефицита человека
КИЛИ	- Комиссия по изучению летальных исходов
НПА	- Нормативные правовые акты
ПСМП	- Первичная медико-санитарная помощь
РК	- Республика Казахстан
БИН	- Бизнес идентификационный номер
ФИО	- Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
ЧС	- Чрезвычайные ситуации
ISO	- International Organization for Standardization
ISQua	- International Society for Quality in Health Care

Приложение 2  
к приказу Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 2 октября 2012 года № 676

## Стандарты аккредитации медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь

Сноска. Приложение 2 с изменениями, внесенными приказом Министра здравоохранения и социального развития РК от 08.04.2016 № 266 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

### РАЗДЕЛ А: РУКОВОДСТВО

№	Измеряемые критерии
<b>1.0 ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ</b>	
Этические нормы определяют направление деятельности организации и процесс принятия решений.	
	Формулировка целей или предназначения медицинской организации осуществляется руководством организации при

1.1	содействии персонала с учетом рекомендаций заинтересованных сторон и представляет собой основу для планирования и определения направлений развития организации.
1.2	В медицинской организации имеется определенный комплекс ценностей, которыми она руководствуется при принятии решений и определении правил поведения сотрудников.
1.3	Медицинская организация разрабатывает этические правила, охватывающие вопросы в отношении деятельности медицинской организации и обслуживания пациентов.
1.4	Персонал регулярно проходит обучение по вопросам этики и деонтологии.
1.5	В медицинской организации внедрен процесс выявления, анализа и принятия мер по фактам нарушения этических норм.
<b>2.0 УПРАВЛЕНИЕ</b>	
<b>В медицинской организации осуществляется эффективное управление в соответствии с ее правовым статусом и ответственностью.</b>	
2.1	Обязанности руководства организации включают следующее: 1) определение и рассмотрение этических норм; 2) согласование и утверждение стратегического, оперативного планов организации, а также плана обеспечения качества медицинских услуг; 3) утверждение бюджета и обеспечение организации соответствующими ресурсами для выполнения поставленных целей и задач; 4) мониторинг и оценка достижения результатов стратегических и оперативных планов и качества медицинских услуг; 5) назначение или утверждение руководителей структурных подразделений и оценка эффективности их деятельности.
2.2	Медицинская организация действует в соответствии с законодательством Республики Казахстан, и имеет требуемые учредительные документы, в том числе: 1) свидетельство или справка о государственной (учетной) регистрации (перерегистрации); 2) устав (положение); 3) БИН.
2.3	Руководство организации обеспечивает осуществление деятельности путем: 1) получения, рассмотрения и реагирования на предписания государственных органов; 2) своевременной актуализации пакета действующих нормативных правовых актов; 3) принятия активных действий по доведению их до заинтересованных лиц; 4) обеспечения доступности базы нормативных правовых актов для персонала медицинского учреждения.
	Медицинская организация информирует общественность: 1) об оказываемых услугах и условиях их получения; 2) о деятельности и принимаемых решениях, которые могут

2.4	повлиять на предоставляемые услуги; 3) о качестве оказываемых услуг и достигнутых результатах.
<b>3.0 СТРАТЕГИЧЕСКОЕ И ОПЕРАТИВНОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ</b> Организация планирует свои услуги с целью удовлетворения потребностей населения и осуществляет четкое руководство по его реализации.	
3.1	В стратегическом плане развития, разработанном руководством совместно с персоналом, излагаются долгосрочные цели, задачи, стратегии для осуществления миссии медицинской организации.
3.2	Стратегический план основан на: 1) целях и этических нормах организации; 2) потребностях обслуживаемого населения; 3) анализа полученных отзывов от пациентов/ семей и общественности; 4) количественных и качественных показателей оказания медицинских услуг; 5) правительственных стратегиях и приоритетах в здравоохранении; 6) ожидаемых результатах по достижению целей и задач организации (индикаторах оценки).
3.3	Комплексный годовой план разработан и согласован со всеми структурными подразделениями медицинской организации: 1) в соответствии со стратегическим планом; 2) с рассмотрением непосредственных приоритетов; 3) содержит задачи и план мероприятий по всем услугам; 4) определяет укомплектование штата, финансовые и материальные ресурсы для обеспечения выполнения запланированных действий.
3.4	Медицинской организацией и ее структурными подразделениями регулярно рассматривается достигнутый прогресс в реализации годового плана в сравнении с целями и планом мероприятий: 1) уровень достижения целей и ожидаемых результатов; 2) выполнение запланированных действий; 3) адекватность ресурсной поддержки; 4) соблюдение запланированных сроков; 5) нереализованные задачи и проблемы; 6) дальнейшие планируемые шаги.
3.5	Служба внутреннего аудита проводит анализ достигнутых результатов в сравнении с годовым планом, информация предоставляется руководителю медицинской организации и руководителям структурных подразделений для планирования дальнейших действий.
3.6	Решения относительно планируемых улучшений, внесенных в годовой план, сообщаются и обсуждаются с персоналом и передаются при необходимости соответствующим внешним службам.
<b>4.0 ОБЩЕЕ УПРАВЛЕНИЕ</b> Медицинская организация имеет структуру управления и	

**подотчетности. Управление осуществляется  
квалифицированными менеджерами.**

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

**5.0 УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ И ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА**

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

5.1	<p>План управления рисками для медицинской организации:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) основан на информации, полученной из стратегического плана;</li> <li>результатов анализа клинических показателей;</li> <li>результатов анализа отзывов пациентов и неблагоприятных событий;</li> <li>службы инфекционного контроля;</li> <li>результатов анализа укомплектования персоналом и обеспечения ресурсами;</li> <li>результатов анализа состояния окружающей обстановки;</li> <li>2) определяет, оценивает и располагает по приоритетам все риски с точки зрения их вероятности и последствий нанесенного вреда здоровью и материального ущерба;</li> <li>3) включает стратегии управления такими рисками;</li> <li>4) имеется в наличии и распространяется среди персонала для ознакомления.</li> </ol> <p><u>Примечание:</u> План управления рисками может включать такие элементы, как политика, критерии для оценки рисков, обязанности и функции по управлению рисками, необходимую подготовку кадров, список идентифицированных рисков (стратегических, эксплуатационных, финансовых и рисков опасности) - реестр рисков или подобный документ с анализом рисков и их уровня, выводы касательно планов работы с рисками или мер по контролю основных рисков, включая процессы по передаче информации заинтересованным сторонам.</p>
5.2	<p>Медицинская организация обучает своих сотрудников правилам снижения рисков, путем:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) обнаружения, оценки и сообщения о ситуациях, включающих риск;</li> <li>2) управления ситуациями, имеющими потенциальный риск;</li> <li>3) предотвращения или контроля инфекции;</li> <li>4) безопасного использования оборудования и материалов;</li> <li>5) безопасного метода транспортировки людей и грузов.</li> </ol>
5.3	<p>План управления рисками регулярно проверяется и пересматривается в целях обеспечения его эффективности путем:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) контроля за фактическим выполнением требований правил управления рисками;</li> <li>2) пересмотра определенных рисков;</li> <li>3) внесения улучшений в план управления рисками, используя результаты, полученные в процессе контроля выполнения требований, правил управления рисками и пересмотра определенных рисков.</li> </ol>
5.4	<p>В медицинской организации имеется непрерывная система повышения качества медицинских услуг, включающая:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) участие всех подразделений медицинской организации;</li> <li>2) определение приоритетов медицинской организации по контролю качества предоставляемых услуг и их обновление с учетом нужд и потребностей пациентов, процессов, которые представляют высокий риск, большой объем, являются</li> </ol>

	<p>дорогостоящими или проблемными;</p> <p>3) сбор, анализ и оценку данных мониторинга и аудита;</p> <p>4) информирование руководства и сотрудников.</p>
5.5	<p>Ежегодный план повышения качества:</p> <p>1) разрабатывается совместно с руководителями структурных подразделений;</p> <p>2) подробно определяет мероприятия по контролю качества, планы действия, их цели и методы достижения;</p> <p>3) определяет график проведения аудита, сбора данных по качественным показателям;</p> <p>4) определяет ответственных лиц и сроки исполнения.</p>
5.6	<p>План повышения качества включает мониторинг, отчетность и оценку:</p> <p>1) показателей эффективности лечения по приоритетным заболеваниям и ключевым процессам, например, время ожидания, уровень повторной заболеваемости и госпитализации, ошибки в назначении лекарственных средств, инфекции и несчастные случаи;</p> <p>2) удовлетворенности пациента и его семьи, оказанными медицинскими услугами.</p>
5.7	<p>Руководители структурных подразделений ответственны за реализацию плана по повышению качества, включая следующее:</p> <p>1) мониторинг соответствующих показателей;</p> <p>2) мониторинг выполнения стандартов, политик, процедур, клинических протоколов и правил;</p> <p>3) рассмотрение фактов обращений и предложений со стороны пациентов и их семей;</p> <p>4) проекты по улучшению качества оказываемых медицинских услуг.</p>
5.8	<p>Внутренняя служба по контролю качества:</p> <p>1) получает отчеты по мероприятиям обеспечения качества;</p> <p>2) анализирует собранные данные и классифицирует их по направлениям;</p> <p>3) отчитывается перед руководителями структурных подразделений и руководителями организации.</p>
5.9	<p>Информация и отчеты о повышении качества обсуждаются на производственных или клинических встречах и конференциях. Сотрудники организации, руководители структурных подразделений и руководство организации участвуют в принятии решений по определенным действиям в области улучшения качества.</p>
5.10	<p>Проводится аудит медицинской организации с целью оценки качества предоставляемых медицинских услуг и соответствия с утвержденными клиническими протоколами и правилами:</p> <p>1) уполномоченным лицом/группой экспертов;</p> <p>2) в соответствии с графиком проведения клинических аудитов использования клинических протоколов, которые имеются в достаточном количестве.</p>
	<p>Результаты клинического аудита и обзора клинических случаев:</p> <p>1) обсуждаются в работе соответствующих комиссий, на</p>

5.11	<p>собраниях или конференциях;</p> <p>2) используются для улучшения процессов оказания медицинской помощи;</p> <p>3) включаются в отчеты по выполнению программы повышения качества.</p>
5.12	<p>Мероприятия по повышению качества запланированы, предприняты соответствующие меры и действия, оценена эффективность действий. Персонал, клиенты/ пациенты информированы о результатах оценки.</p>
5.13	<p>Персонал следует документированным политикам и процедурам при выполнении своих должностных обязанностей в каждом структурном подразделении.</p>
5.14	<p>Политики и процедуры, утвержденные руководством:</p> <p>1) ежегодно обновляются;</p> <p>2) разрабатываются с участием персонала;</p> <p>доступны персоналу на рабочих местах.</p>

## РАЗДЕЛ В: УПРАВЛЕНИЕ РЕСУРСАМИ

<p><b>6.0 УПРАВЛЕНИЕ ФИНАНСАМИ</b></p> <p><b>Финансовые ресурсы медицинской организации управляются и контролируются для оказания содействия в достижении целей.</b></p>	
6.1	<p>Руководство ежегодно утверждает план финансово-хозяйственной деятельности:</p> <p>1) подготовленный финансово-экономическим блоком медицинской организации;</p> <p>2) с участием персонала медицинской организации;</p> <p>3) основанный на предполагаемых доходах и сметах расходов;</p> <p>4) на основе задач и планируемых мероприятий годового плана.</p>
6.2	<p>Порядок и процедуры финансовой деятельности медицинской организации документируются и включают следующее:</p> <p>1) оперативность выставления счетов и оплаты счетов;</p> <p>2) бухгалтерский учет;</p> <p>3) полномочия по закупке и расходованию средств, процедура передачи полномочий;</p> <p>4) страхование;</p> <p>5) управление активами.</p>
6.3	<p>Бухгалтерский учет основан на достоверной финансовой информации обо всех источниках доходов и расходов, и обеспечивает своевременные и точные финансовые отчеты для принятия решений.</p>
6.4	<p>Прибыли, убытки и расходы на услуги регулярно отслеживаются в сравнении с бюджетом и предоставляются руководству медицинской организации в виде ежемесячных финансовых отчетов.</p>
6.5	<p>Существует система внутреннего финансового контроля и аудита.</p>

6.6	Внешний финансовый аудит проводится в соответствии с НПА.
6.7	Медицинские услуги, осуществляемые на платной основе: 1) имеется прейскурант цен; 2) цены рассчитаны на основе затрат; 3) оплата платных услуг проводится в соответствии с законодательством Республики Казахстан.
6.8	Список утвержденных платных услуг и их цен доступен населению.
6.9	Медицинская организация проводит аудит платных услуг для подтверждения, что: 1) цены соответственные, а расходы и платежи осуществляются надлежащим образом, согласно документально оформленным процессам; 2) средства используются по целевому назначению.
6.10	Оплата труда сотрудникам, перечисления в пенсионный фонд и другие обязательные отчисления: 1) осуществляются своевременно; 2) основаны на утвержденной структуре заработных плат и вознаграждений сотрудникам медицинской организации.
6.11	Отчеты своевременно направляются в налоговые органы и органы государственной статистики.
<b>7.0 ИНФОРМАЦИОННОЕ УПРАВЛЕНИЕ</b>	
<b>Организация систематически управляет и защищает свою информацию в целях удовлетворения информационных потребностей и задач.</b>	
7.1	В медицинской организации имеется единая автоматизированная информационная система по управлению ее деятельностью, включающая: 1) наличие совместимых компьютеров и пакетов прикладных программ, отвечающих нуждам каждого отдела; 2) лицензионное программное обеспечение; 3) управление текущими расходами; 4) процедуры необходимых обновлений программного обеспечения; 5) текущее техническое обслуживание; 6) обучение персонала.
7.2	Медицинская организация обеспечивает конфиденциальность, безопасность и целостность информации путем: 1) установки уровней защиты для доступа персонала к особо важной информации; 2) обучения персонала о неразглашении частной или личной информации и соблюдения конфиденциальности; 3) ограничения доступа к конфиденциальной информации, в том числе информации о пациенте.
7.3	Документально оформленные процедуры защиты информации используются персоналом и включают: 1) создание резервных копий файлов; 2) хранение резервных копий; 3) восстановление данных в случае чрезвычайных ситуаций

7.4	Персонал клиники имеет доступ к надежным Интернет-ресурсам и телекоммуникационным технологиям для выполнения своих профессиональных обязанностей.
7.5	Персонал может получить информацию о достижениях и передовых технологиях в здравоохранении посредством: 1) предоставления актуальной медицинской информации, руководств по эксплуатации медицинского оборудования, базы по лекарственным препаратам в библиотеке или другом доступном месте; 2) участия в профессиональных конференциях, семинарах и учебных программах.
7.6	Медицинская организация использует стандартный процесс управления документацией, соответствующий требованиям законодательства РК и включающий следующее: 1) утвержденную номенклатуру дел с указанием сроков хранения; 2) файлы/папки во всех отделениях сводятся в единую номенклатуру; 3) документы хранятся в папках в соответствии с номенклатурой дел.
7.7	Внутренние документы, регулирующие деятельность организации: 1) утверждены и подписаны ответственным лицом; 2) имеют дату ввода и сроки действия; 3) обновляются по потребности; 4) контролируются на своевременность выполнения ответственными лицами.
7.8	Медицинские записи о пациентах: 1) защищены от потери, уничтожения, искажения и неправомерного доступа или использования; 2) доступны только уполномоченному персоналу; 3) удобны для доступа, но с соблюдением конфиденциальности; 4) не должны выноситься из помещения без специального разрешения.
7.9	Медицинская документация архивируется: 1) в соответствии с документированной процедурой по архивированию документов, их передаче в архив и правилами получения документов из архива; 2) под руководством ответственного лица; 3) помещение архива находится в защищенном от доступа посторонних лиц месте и оборудовано стеллажами (шкафами); 4) и выписки из амбулаторных карт предоставляются только определенным лицам по запросу.
<b>8.0 УПРАВЛЕНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ</b> <b>Эффективное планирование и управление человеческими ресурсами повышает производительность труда персонала и является инструментом в достижении медицинской организацией поставленных целей и задач.</b>	
	В медицинской организации используется документированный процесс для определения: 1) уровня укомплектованности персонала, необходимого для

8.1	<p>выполнения планируемых объемов услуг и работ;</p> <p>2) уровня требуемого стажа и опыта;</p> <p>3) наиболее эффективной и рациональной структуры профилей и должностей персонала.</p>
8.2	<p>Медицинская организация разрабатывает и использует политику и процедуры по управлению штатом, включающую назначение, отбор, обучение, оценку, поощрение, сохранение и привлечение компетентного штата в целях выполнения поставленных задач по оказанию медицинских услуг.</p>
8.3	<p>Доступность специалистов и структура профессиональных навыков персонала:</p> <p>1) соответствуют функциям каждого подразделения;</p> <p>2) пересматриваются ежегодно при планировании или по потребности.</p>
8.4	<p>На все штатные должности разработаны должностные инструкции, которые утверждены руководством медицинской организации. Должностные инструкции доступны каждому сотруднику и включают:</p> <p>1) квалификацию, навыки, подготовку, опыт работы, требуемые для занятия штатной должности;</p> <p>2) функциональные обязанности;</p> <p>3) подотчетность;</p> <p>4) сроки пересмотра.</p>
8.5	<p>Назначение/прием на должность производится:</p> <p>1) подписанием контракта между работником и организацией;</p> <p>2) в соответствии с требованиями, изложенными в должностной инструкции;</p> <p>3) в соответствии с трудовым законодательством и обеспечением равных возможностей трудоустройства.</p>
8.6	<p>До назначения/приема специалиста, допущенного к клинической практике медицинская организация:</p> <p>1) проводит оценку его клинических знаний и навыков;</p> <p>2) проводит проверку предоставленной первичной документации (дипломы, сертификаты);</p> <p>3) оформляет личное дело с указанием послужного списка, трудового стажа и опыта работы.</p>
8.7	<p>Каждый сотрудник имеет подписанный оригинал своей должностной инструкции, копия которой имеется в отделе кадров.</p>
8.8	<p>Каждый сотрудник проходит инструктаж для ознакомления с медицинской организацией, ее целями и задачами, а также со своими должностными обязанностями, в соответствии с документированной программой введения в должность.</p>
8.9	<p>Персонал в медицинской организации идентифицируется посредством:</p> <p>1) ношения специального медицинского обмундирования;</p> <p>2) униформы для технических работников;</p> <p>3) бейджей с указанием фамилии, имени, отчества и занимаемой должности.</p>

8.10	<p>В медицинской организации существует ежегодно проводимая процедура оценки результатов работы специалистов на предмет:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) соответствия целям и задачам, указанным в должностных инструкциях;</li> <li>2) определения достижений и нуждающихся в повышении квалификации;</li> <li>3) процедура документируется и подписывается сотрудником и руководителем подразделения;</li> <li>4) подшивается к личному делу.</li> </ol>
8.11	<p>В медицинской организации существует механизм мониторинга деятельности всего клинического персонала, который включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) мониторинг того, что клинический персонал имеет достаточную непрерывную клиническую практику для сохранения своей компетентности;</li> <li>2) реагирование на проблемы, связанные с компетентностью персонала, посредством дополнительного наставничества, обучения или других процедур;</li> <li>3) мониторинг того, что клинический персонал занимается клинической деятельностью в рамках своих полномочий и компетенций;</li> <li>4) регулярную проверку сведений о профессиональной квалификации и компетенций сотрудников.</li> </ol>
8.12	<p>Составляется бюджет и ежегодный план по повышению квалификации специалистов на основе:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) анализа потребностей в дополнительной подготовке сотрудников;</li> <li>2) анализа потребностей медицинской организации, связанных с оказанием услуг.</li> </ol>
8.13	<p>В медицинской организации имеется политика непрерывного профессионального образования, предусматривающая:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) регулярное повышение квалификации специалистов (не реже 1 раза в пять лет);</li> <li>2) средства для повышения квалификации.</li> </ol>
8.14	<p>Существует полная документированная информация о каждом сотруднике организации, включая записи об обучении, которая относится к конфиденциальной и хранится в защищенном месте.</p>
8.15	<p>В медицинской организации проводится анализ ключевых показателей, таких как, отсутствие на работе без уважительной причины, текучесть кадров, результаты которых используются для улучшения.</p>

## РАЗДЕЛ С: УПРАВЛЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТЬЮ

### 9.0 БЕЗОПАСНОСТЬ ЗДАНИЙ

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

9.1	<p>Здания медицинской организации</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) отвечают потребностям в площади и расположении подразделений при предоставлении услуг пациентам в повседневной работе и во время чрезвычайных ситуаций;</li> <li>2) регулярно ремонтируются;</li> <li>3) отвечают требованиям строительных норм и правил;</li> <li>4) отвечают требованиям санитарных норм и правил.</li> </ol>
9.2	<p>В медицинской организации принимаются меры по обеспечению безопасности в соответствии с письменной политикой и процедурами, с целью защиты:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) персонала, работающего в одиночку или в изолированном помещении;</li> <li>2) пациентов, посетителей и персонала от угрозы физического насилия и потери имущества в дневное и ночное время;</li> <li>3) лекарственных средств от краж и хищений;</li> </ol> <p>здания, оборудования и имущества от повреждения или утери.</p>
9.3	<p>По всей территории медицинской организации на видных местах установлены легко читаемые информационные знаки по технике безопасности, включая знаки:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) направлений;</li> <li>2) запрета курения;</li> <li>3) запретных зон и прочих предупреждений;</li> <li>4) опасности радиоактивного излучения в помещении;</li> <li>5) противопожарного оборудования;</li> <li>6) схем эвакуации при чрезвычайных ситуациях;</li> <li>7) указателей ближайшего выхода.</li> </ol>
9.4	<p>Территория медицинской организации обслуживается в должном объеме и соответствует транспортным требованиям:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) имеются свободные подъездные пути;</li> <li>2) отведено парковочное место для автомобилей медицинской организации, автомобилей пациентов и посетителей;</li> <li>3) оснащенный гараж для парковки автомобилей медицинской организации при потребности;</li> <li>4) соответствующее место для проведения ремонта автомобилей.</li> </ol>
9.5	<p>В медицинской организации имеется возможность передвижения пациентов и посетителей с ограниченными физическими возможностями, и перемещения грузов:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) обеспечение работающих пассажирских лифтов в зданиях, состоящих из трех и более этажей, служебных лифтов в лечебные отделения выше второго этажа или выше;</li> <li>2) пандус, подходящий для детских колясок, инвалидных кресел, каталок и тележек.</li> </ol>
9.6	<p>Медицинская организация имеет функционирующие водопроводные и канализационные системы, отвечающие требованиям санитарно-гигиенических норм и правил:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) бесперебойная подача холодной и горячей воды, доступная в местах нахождения пациентов и в других служебных зонах;</li> <li>2) функционирующая канализационная и дренажная система.</li> </ol>

9.7	<p>Окружающая обстановка в медицинской организации способствует комфорту и безопасности персонала и пациентов посредством:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) естественной вентиляции при помощи вытяжки воздуха, открывания окон и/или искусственной – приточно-вытяжной;</li> <li>2) функционирующей системы центрального или местного отопления равномерно во всех помещениях в холодное время года;</li> <li>3) адекватного естественного освещения в местах нахождения пациентов;</li> <li>4) наличия адекватного искусственного освещения, в местах, где отсутствует естественное освещение.</li> </ol>
9.8	<p>Медицинская организация с целью создания комфортной рабочей среды управляет своими коммунальными службами и сводит к минимуму потенциальные риски:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) имеет в наличии альтернативные источники для предупреждения воздействия перебоев работы коммунальных служб на систему жизнеобеспечения организации и инфекционный контроль;</li> <li>2) обслуживание инженерных коммуникаций осуществляется высококвалифицированными, компетентными работниками, которые следуют надлежащим процедурам;</li> <li>3) предотвращает распространение загрязняющих веществ в таких зонах, как централизованные стерилизационные службы, лаборатория с обеспечением адекватной вентиляции с притоком воздуха из чистых районов в загрязненные.</li> </ol>
9.9	<p>Медицинская организация обеспечивает условия для поддержания гигиены пациентов и персонала, предоставляя:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) достаточное количество расположенных в удобном месте, понятно обозначенных и доступных туалетов и гигиенических комнат;</li> <li>2) доступ к раковинам, электросушилкам или бумажным полотенцам во всех туалетах и в рабочих зонах для персонала;</li> <li>3) приватное место для пациентов при отправлении личных потребностей гигиены, возможность получения помощи при этом.</li> </ol>
<p><b>10.0 УПРАВЛЕНИЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМИ СИТУАЦИЯМИ И ПРОТИВОПОЖАРНОЙ БЕЗОПАСНОСТЬЮ</b>  <b>Медицинская организация сводит к минимуму риски возникновения пожара и готова к чрезвычайным и критическим ситуациям.</b></p>	
10.1	<p>Медицинская организация разрабатывает детальный план мероприятий на случай пожара или иной чрезвычайной ситуации, который включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ответственность за управление и координирование мер экстренного реагирования;</li> <li>2) процесс уведомления аварийных служб и персонала;</li> <li>3) систему экстренной связи;</li> <li>4) процедуру эвакуации людей из здания в случае необходимости.</li> </ol>
<p>Персонал проходит ежегодное обучение в соответствии с планом реагирования при ЧС, включая процедуры ориентации</p>	

10.2	персонала при эвакуации, и участвует в мероприятиях по учебной тревоге.
10.3	<p>Медицинская организация снижает риск возникновения пожара путем:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) использования огнестойких строительных материалов, таких как огнестойкая краска, шторы, мебель и постельное белье;</li> <li>2) обеспечения запасных путей эвакуации, таких как лестницы внутри здания и внешние пожарные лестницы;</li> <li>3) обеспечения оборудованием пожаротушения (гидранты, пожарные шланги, огнетушители, системы автоматического водяного пожаротушения), расположенного в соответствующих местах и обозначенного надлежащим образом;</li> <li>4) установки системы пожарной сигнализации и системы оповещения;</li> <li>5) использования техники и устройств, для ограничения распространения пожара (противопожарные барьеры, противопожарные стены, пожарные двери и аварийные выключатели).</li> </ol>
10.4	<p>Системы аварийной сигнализации:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) должны находиться в состоянии готовности и быть способными издавать звуковые сигналы, слышимые на необходимом расстоянии и заглушающие остальной шум;</li> <li>2) имеют необходимые настройки, которые содержатся в рабочем состоянии, тестируются в соответствии с программой планово-предупредительного технического обслуживания, полученные данные документируются.</li> </ol>
10.5	<p>Из всех зон здания медицинской организации имеются адекватные пути для эвакуации, включая:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) пути эвакуации в случае пожара, такие как дверные проемы, коридоры, пандусы или переходы, лестничные пролеты, всегда свободные от заграждений;</li> <li>2) пожарные и противоподымные двери, которые должны хорошо открываться и закрываться вручную;</li> <li>3) выходные двери, которые оставляются открытыми или фиксируются электрическими устройствами автоматического расцепления;</li> <li>4) запрет запираения дверей в кабинетах для приема пациентов и выходных дверей, за исключением особых случаев и моментов, когда есть адекватные запасные выходы.</li> </ol>
10.6	<p>Воспламеняющиеся вещества, газовые баллоны и другие потенциально опасные материалы и химические вещества хранятся и используются в соответствии с инструкциями по безопасности, и включают:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) систематическую сортировку и маркировку;</li> <li>2) запираение помещений и обеспечение герметичности;</li> <li>3) запираение контейнеров для хранения газовых баллонов или наличие ограждения, с целью недопущения посторонних лиц;</li> <li>4) хранение на уровне пола на специализированных поддонах.</li> </ol>

## 11.0 БЕЗОПАСНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБОРУДОВАНИЯ И РАСХОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ

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

11.1	<p>Медицинская организация планирует закупки, модернизацию и замену медицинских приборов и оборудования:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) для обеспечения планируемых услуг;</li><li>2) для реагирования при чрезвычайных ситуациях с помощью имеющегося резерва;</li><li>3) с целью обеспечения бесперебойной работы всех приборов и оборудования.</li></ol>
11.2	<p>Внедрена программа профилактического технического обслуживания и ремонта приборов и оборудования, включающая:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) наличие графика планового испытания, осмотра, технического обслуживания и ремонта;</li><li>2) наличие инструкций на основе руководств по эксплуатации производителя, стандартов по обращению с опасными веществами и стандартов безопасности;</li><li>3) выполнение калибровки;</li></ol> <p>соблюдение требований законодательства и местных органов власти.</p> <p>Примечание: Программа охватывает оборудование для диагностики и лечения пациентов, работу электрических, канализационных, отопительных, вентиляционных систем и их компонентов.</p>
11.3	<p>Имеется процедура обнаружения и оповещения выявленных дефектов и отказов оборудования, включающая:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ведение журнала регистрации дефектов и неисправностей оборудования;</li><li>2) общепринятый бланк для персонала для подачи заявки на ремонт или замену оборудования;</li><li>3) достаточное количество расходных материалов для проведения технического обслуживания и мелкого ремонта;</li><li>4) регулярный обзор нерассмотренных заявок;</li><li>5) решения о списании и утилизации подлежащего ремонту или устаревшего оборудования в соответствии с установленными критериями;</li><li>6) мониторинг и документирование всех заявок по ремонту, выполненных работ, произведенных закупок и время их выполнения.</li></ol>
11.4	<p>Имеются в наличии письменные договора с подрядчиками, обеспечивающими поставки, технические услуги, услуги управления отходами, профилактическое техническое обслуживание и ремонт медицинского и электрооборудования, в которых:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) установлены обязанности обеих сторон и требования к безопасности и качеству;</li><li>2) указаны дата поставки, стоимость;</li><li>3) содержатся условия, используемые для контроля выполнения работ подрядчиками.</li></ol>

11.5	<p>Медицинская организация обеспечивает безопасную и правильную эксплуатацию оборудования посредством:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) того, что все сотрудники, эксплуатирующие как новое, так и имеющееся оборудование, и медицинские приборы, проходят обучение по безопасной эксплуатации и техническому обслуживанию;</li> <li>2) того, что к эксплуатации специализированного оборудования (например, автоклавы, насосы IV группы и выше, вентиляторы, уплотнители мусора) допускаются квалифицированные специалисты, имеющие необходимые знания, навыки и свидетельство;</li> <li>3) имеется в наличии и доступны для персонала правила по технике безопасности и инструкции по диагностическому и другому медицинскому оборудованию.</li> </ol>
11.6	<p>Системы связи обеспечивают эффективный поток внутренних и внешних коммуникаций с целью незамедлительного информирования о любом инциденте и включают следующее:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) наличие доступной телефонной связи во всех структурных подразделениях для пациентов и ухаживающих лиц;</li> <li>2) для пациентов функционирующую систему сигнального оповещения медицинского персонала.</li> </ol>
11.7	<p>Все оборудование (лечебно – диагностическое, автоклавы) подключены к контуру заземления.</p>
11.8	<p>Сотрудники службы лучевой диагностики защищены от радиоактивного облучения путем:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) использования кабины радиационной защиты и средств защиты;</li> <li>2) использования индивидуальных дозиметров ежемесячно измеряемых на радиационный фон, при превышении нормы которого выполняются надлежащие меры;</li> <li>3) проведения два раза в год радиационного контроля</li> </ol>
<b>Поставки</b>	
11.9	<p>Внедрена и используется система управления поставками, предусматривающая:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оценку потребностей в клинических и неклинических поставках для каждого отделения;</li> <li>2) установку минимальных норм товарно-материальных затрат для удовлетворения рассчитанных потребностей и обеспечение поставок с целью снижения до минимума складских запасов и стоимости погрузочно-разгрузочных работ;</li> <li>3) учет движения запасов и контроль объема складских запасов;</li> <li>4) хранение в хороших условиях белья и других мягких материалов;</li> <li>5) своевременную замену запасов до истечения срока годности;</li> <li>6) хранение запасов на полках в сухом и безопасном месте.</li> </ol>
11.10	<p>В медицинской организации имеется в достаточном количестве моющие и дезинфицирующие средства, соблюдается</p>

график закупок и имеются акты списания этих средств, а персонал обучен правилам применения средств согласно инструкциям.

#### **Фармацевтические поставки**

11.11	<p>Лекарственные средства и изделия медицинского назначения приобретаются, исходя из конкретных критериев, что включает:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) области предоставляемых услуг и установленных потребностей пациентов;</li><li>2) необходимые лекарственные препараты в соответствии с утвержденным перечнем жизненно важных лекарственных средств;</li><li>3) потребности в специальных лекарственных средствах и изделиях медицинского назначения, запасы которых не предусмотрены;</li><li>4) способ транспортировки.</li></ol>
11.12	<p>Структурное подразделение по лекарственному обеспечению использует систему управления запасами, которая включает:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) список запасов в соответствии с утвержденными нормами для всех отделений;</li><li>2) использование системы резервного запаса (наличие минимального объема запасов);</li><li>3) наличие лекарственных средств и изделий медицинского назначения в случае чрезвычайной ситуации, немедленно восполняемых после использования;</li><li>4) проверку качества, количества, номера партии, даты производства и срока годности приобретенных лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения при проведении приема;</li><li>5) наличие автоматизированной системы учета для управления запасами и контроля истечения срока годности.</li></ol>
11.13	<p>Медикаменты хранятся в соответствии с групповой принадлежностью:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) защищены от неблагоприятного воздействия света, влаги и экстремальных температур;</li><li>2) защищены от вредителей;</li><li>3) при достаточной вентиляции.</li></ol>
11.14	<p>Температурный режим при хранении лекарственных средств и контрастных веществ отвечают требованиям производителя:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) медицинские холодильники запираются на замок и используются только для хранения лекарственных препаратов данного температурного режима;</li><li>2) ведется контроль и запись температурного режима холодильника, и предпринимаются меры при отклонении температуры от заданного диапазона.</li></ol>

#### **12.0 ЗДОРОВЫЕ УСЛОВИЯ ТРУДА**

**Программа гигиены труда персонала способствует безопасным и здоровым рабочим условиям.**

Имеется программа гигиены труда и здоровья персонала с документированным процессом рассмотрения вопросов, связанных с условиями профессиональной деятельности и поддержкой здоровья персонала, которая включает:

12.1	<p>1) биологический скрининг и профилактику риска профессионального заражения крови и жидких компонентов организма от вирусов, таких как гепатиты А, В и С;</p> <p>2) обеспечение механическими подъемными устройствами и обучение персонала методам обращения с ними;</p> <p>3) профилактику получения травм иглой и повреждения глаз;</p> <p>4) контроль радиационной безопасности;</p> <p>5) реабилитацию персонала после болезни или травмы для скорейшего возвращения на рабочее место;</p> <p>6) обеспечение удобным рабочим местом.</p>
12.2	<p>Медицинская организация предоставляет средства и услуги для обеспечения здоровья сотрудников, включающая:</p> <p>1) аптечки оказания первой помощи;</p> <p>2) срочный осмотр и лечение производственной травмы, включая уколы от неосторожного обращения с иглами и повреждения глаз;</p> <p>3) контроль рабочей нагрузки и психологическая поддержка для минимизации стресса и его контроля.</p>
12.3	<p>Сотрудники обучаются правилам техники безопасности и ответственности за свое здоровье и безопасность, включая:</p> <p>1) стратегии и процедуры по обеспечению охраны труда и безопасности на рабочем месте;</p> <p>2) выявление и управление рисками на рабочем месте;</p> <p>3) выявление и сообщение о происшествиях, авариях и несчастных случаях, в которых пациенты, персонал или кто-либо еще были травмированы или могли быть травмированы на рабочем месте либо при исполнении служебных обязанностей.</p>
12.4	<p>Медицинская организация ежегодно оценивает удовлетворенность сотрудников условиями труда, гарантируя, что:</p> <p>1) персонал будет ознакомлен с результатами проведенного исследования;</p> <p>2) будут приняты управленческие меры по результатам выявленных проблем.</p>
<b>Управление рисками</b>	
12.5	<p>Каждое подразделение использует системный процесс, чтобы:</p> <p>1) выявлять и вести документальный учет фактических и потенциальных рисков (не менее одного раза в год);</p> <p>2) оценивать степень и последствия выявленных рисков и ранжировать их по степени представляемых угроз;</p> <p>3) применить надлежащий контроль по каждому значимому риску путем его устранения, изоляции, с целью снижения риска или сведения к минимуму его воздействия.</p>
12.6	<p>Персонал рассматривает значимые риски, которые были изолированы или сведены к минимуму, но не устранены в установленные сроки для выявленных рисков.</p>
12.7	<p>Информация об актуальных вопросах здоровья и безопасности персонала, включая информацию о рисках, вывешены на видном месте и доведены до сведения персонала и сотрудников, работающих на договорной основе.</p>

12.8	Персоналу, который подвергается потенциальным опасностям при выполнении своих служебных обязанностей, предоставляется соответствующая защитная одежда и снаряжение (спецодежда, фартуки, маски, перчатки, головные уборы, защитные очки, а для сотрудников радиологической службы – свинцово-резиновые фартуки).
12.9	Проводится регулярная (ежеквартальная, ежегодная) дезинсекция и дератизация помещений с обязательным документированием.
<b>Инциденты, несчастные случаи и неблагоприятные события</b>	
12.10	Информация об инцидентах, несчастных случаях и неблагоприятных событиях, в том числе о потенциально опасных происшествиях и возникших профзаболеваниях: 1) предоставляется в соответствующей форме, доступной во всех местах и в установленные сроки; 2) записывается в медицинскую карту пациента или личное дело сотрудника; 3) в случае аварии регистрируется в журнале аварийных ситуаций; 4) сообщается в соответствующие органы при получении серьезной травмы работника или пациента; 5) вносится в централизованный журнал регистрации инцидентов для последующего анализа; 6) оперативно расследуются согласно установленной процедуре.
12.11	Результаты расследования инцидентов, несчастных случаев и неблагоприятных событий: 1) проанализированы с целью выявления причины происшествия; 2) передаются соответствующей комиссии или подразделению, и используются для улучшения процессов или дополнительного обучения персонала; 3) доведены до сведения персонала, вовлеченного пациента или его семьи.
12.12	Данные об инцидентах, несчастных случаях и потенциально опасных происшествиях рассматриваются не реже одного раза в год с целью выявления тенденций, а информация предоставляется руководству и сотрудникам, для возможности дальнейшего использования с целью предотвращения травматизма или вреда.
<b>13.0 БЕЗОПАСНОСТЬ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ</b> <b>Для удовлетворения диетических и медицинских потребностей пациентов обеспечиваются безопасные продукты питания.</b>	
13.1	Запасы продуктов питания для составления сбалансированного меню для пациентов имеются в достаточном количестве, на них указаны сроки годности и условия хранения.
	Хранение, обработка, приготовление и распределение продуктов питания проводится согласно санитарно-гигиеническим требованиям, правилам и руководствам: 1) сухие продукты питания хранятся на защищенных полках;

13.2	<p>2) жидкие, сырые продукты и приготовленная пища хранятся в закрытых маркированных контейнерах;</p> <p>3) сырые и готовые продукты хранятся в холодильнике отдельно;</p> <p>4) в достаточном количестве имеется оборудование для хранения, транспортировки и поддержания безопасной температуры пищи до- и во время распределения.</p>
13.3	<p>Холодильные и морозильные установки используются для хранения скоропортящихся продуктов. Температура внутри установки контролируется и записывается ежедневно в разное время суток, при любом отклонении от нормы предпринимаются меры по их устранению.</p>
13.4	<p>Все помещения в медицинской организации соответствуют санитарным нормам и правилам, содержатся в чистоте, без насекомых и грызунов, разделены по функциональным зонам, таким как, раздача пищи и мытье посуды.</p>
13.5	<p>Пищеблок регулярно проверяется на наличие:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) работающего кухонного оборудования и техники для приготовления пищи;</li> <li>2) маркировки инвентаря в соответствии с его назначением;</li> <li>3) отдельных разделочных столов, ножей и досок для резки сырых и вареных продуктов;</li> <li>4) удобных столов для различных видов работ;</li> <li>5) отдельных раковин для мытья овощей и посуды;</li> <li>6) планировка дает возможность разделения функций;</li> <li>7) помещения содержатся в чистоте и отвечают санитарно-гигиеническим требованиям.</li> </ol> <p>Примечание:</p> <p>Столы для работы с продуктами должны быть из нержавеющей стали или прочного алюминия.</p> <p>Столы из оцинкованного железа с закругленными углами используются только для разделки сырого мяса.</p>
13.6	<p>Квалифицированный врач-диетолог или диетсестра осуществляют надзор за приготовлением блюд диетических столов для пациентов, руководствуясь специальной литературой по приготовлению основных диетических столов.</p> <p>Примечание:</p> <p>Стол № 1 - язва желудка и двенадцатиперстной кишки</p> <p>Стол № 5 - хронический и острый гепатит, хронический холецистит, желчнокаменная болезнь</p> <p>Стол № 7 - хроническое и острое почечное заболевание</p> <p>Стол № 9 - сахарный панкреатический диабет</p> <p>Стол № 10 - заболевания сердечнососудистой системы</p> <p>Стол № 11 - туберкулез легких, заболевания легких</p> <p>Стол № 13 - острые инфекционные заболевания</p> <p>Стол № 15 - общий стол</p>
13.7	<p>Осуществляется контроль качества приготовленных блюд с целью:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оценки и регистрации данных о вкусе, цвете, аромате, структуре и температуре готовых блюд перед их подачей;</li> <li>2) оценки качества скоропортящихся продуктов.</li> </ol>

13.8	Механизм по контролю и учету переводов пациентов в другое отделение обеспечивает предоставление им блюд диетических столов в соответствии с назначением.
<b>14.0 ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ</b> <b>Организация проводит контроль и профилактику инфекционных заболеваний.</b>	
14.1	Медицинская организация разрабатывает программу по инфекционному контролю: 1) для профилактики и снижения распространения внутрибольничной инфекции; 2) с привлечением различных специалистов к ее разработке и мониторингу; 3) для всех структурных подразделений.
14.2	Надзор за программой инфекционного контроля осуществляется комиссией по инфекционному контролю, состоящей из представителей соответствующих структурных подразделений, имеющей четкий круг полномочий и ответственная за: 1) разработку и мониторинг программы инфекционного контроля; 2) утверждение и обзор всех политик и процедур по инфекционному контролю и проведение мероприятий; 3) координацию всех мероприятий по инфекционному контролю; 4) рассмотрение и анализ данных по инфекционному контролю не реже одного раза в год; 5) принятие надлежащих мер при выявлении недостатков инфекционного контроля; 6) оценку эффективности принятых мер.
14.3	Программа инфекционного контроля реализуется квалифицированными специалистами (медицинские сестры и/или врачи), в чьи должностные обязанности должны входить: 1) реализация программы инфекционного контроля, учитывая рекомендации и замечания сотрудников и пациентов; 2) реализация политик; 3) обучение персонала; 4) консультации по инфекционному контролю; 5) разработка и применение методов контроля, включая обзор методов борьбы с инфекцией; 6) предоставление отчетов и рекомендаций.
14.4	Проводится регулярный сбор, сравнение и анализ информации о выявленных случаях инфекций для оценки эффективности мероприятий и показателей по инфекционному контролю: 1) результаты своевременно сообщаются в комиссию по инфекционному контролю и руководству клиники и соответствующим сотрудникам; 2) используются стандартные определения для выявления и классификации случаев инфекции, показателей и результатов.
	Проводятся регулярные обзоры клинических и параклинических практик для анализа рисков инфекции,

14.5	<p>методов инфекционного контроля и потребностей персонала в обучении, включающие:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) обходы;</li> <li>2) изучение медицинских карт пациентов, лабораторных отчетов и записей о назначении лекарственных средств;</li> <li>3) лабораторные анализы культур из взятых проб и смывов от намеченных участков с возможным риском инфекции;</li> <li>4) уведомления, выдаваемые медицинскому персоналу.</li> </ol>
14.6	<p>В случае возникновения инфекции, персонал следует оформленным документально процессам, чтобы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) незамедлительно выявить, отреагировать и локализовать инфекцию;</li> <li>2) изолировать инфицированных пациентов;</li> <li>3) выявить источник и пути распространения инфекции, включая отслеживание всех контактов;</li> <li>4) проконсультироваться с государственными органами здравоохранения или специалистами по инфекционным заболеваниям;</li> <li>5) использовать результаты исследований, чтобы предотвратить повторное возникновение данной формы инфекции;</li> <li>6) сообщить в государственные органы здравоохранения.</li> </ol>
14.7	<p>Лабораторный и медицинский персонал, а также медицинские работники, имеющие право назначать лекарственные препараты, работают совместно и с сообществом для того, чтобы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) незамедлительно выявить и отреагировать на присутствие новых и резистентных вирусов и бактерий;</li> <li>2) следовать стратегиям назначения антибиотиков, которые поддерживают осторожное их использование в лечении инфекций, включая ограничение использования антибиотиков широкого спектра действия;</li> <li>3) проводить наблюдение за множественными резистентными организмами и организмами, связанными с использованием антибактериальных препаратов, как часть программы инфекционного контроля.</li> </ol>
14.8	<p>Персонал регулярно проходит инструктаж и своевременно получает обновленную информацию по всем аспектам инфекционного контроля, касающуюся сферы их деятельности, включая:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) программу инфекционного контроля;</li> <li>2) тщательное мытье и дезинфекцию рук;</li> <li>3) стандартные процедуры предосторожности относительно передачи инфекций;</li> <li>4) политики, процедуры, руководства и принципы инфекционного контроля.</li> </ol>
14.9	<p>Персонал, имеющий прямой контакт с пациентом моет и дезинфицирует руки:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) перед осмотром или лечением пациентов;</li> <li>2) после осмотра или лечения пациентов;</li> <li>3) после физического контакта с любыми материалами или</li> </ol>

	<p>оборудованием возможно зараженными биологическими жидкостями;</p> <p>4) после снятия перчаток.</p>
14.10	Стандартные инструкции и диаграммы по мытью и дезинфицированию рук размещены во всех отделениях и в местах пребывания пациентов и над умывальниками.
14.11	<p>Персонал следует документированным процедурам и графикам в целях:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) предоставления безопасной и соответственной очистки всех больничных поверхностей;</li> <li>2) очистки, дезинфекции и стерилизации оборудования, материалов и медицинских приборов в соответствии с инструкциями производителя;</li> <li>3) сбора, транспортировки, обработки и хранения грязного и чистого белья для того, чтобы предотвратить заражение и инфицирование.</li> </ol>
14.12	Технологическая цепочка (последовательность) гигиенических мероприятий от «грязного» до «чистого» обеспечивается путем четкого разделения «грязных» и «чистых» участков, включая отдельные входы и выходы в операционную, прачечную и в центральное стерилизационное отделение.
14.13	<p>Коэффициент внутрибольничных инфекций:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оценивается за определенный период времени;</li> <li>2) анализируется для возможных действий;</li> <li>3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.</li> </ol>
14.14	<p>Коэффициент персонала, прошедшего обучение по гигиене рук:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оценивается за определенный период времени;</li> <li>2) анализируется для возможных действий;</li> <li>3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.</li> </ol>
14.15	<p>Коэффициент реализации соответствующей практики гигиены рук в организации:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оценивается за определенный период времени;</li> <li>2) анализируется для возможных действий;</li> <li>3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.</li> </ol>
<b>Управление отходами</b>	
14.16	<p>Помещение медицинской организации должно содержаться чистым и свободным от мусора и других отходов при помощи:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) достаточного количества закрытых мусорных контейнеров для пациентов и персонала;</li> <li>2) регулярного опустошения контейнеров от мусора.</li> </ol>
14.17	<p>Отходы собираются, сортируются и хранятся по видам отходов в контейнерах, которые:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) имеют четкую маркировку и разный цвет для разных видов отходов;</li> <li>2) имеют плотно закрывающиеся крышки;</li> <li>3) запираются, если в них клинические отходы;</li> </ol>

	<p>4) регулярно опустошаются, очищаются и дезинфицируются;</p> <p>5) расположены на платформах, удобных для выгрузки и погрузки мусора;</p> <p>6) находятся вдали от лабораторий.</p>
14.18	<p>Персонал, имеющий дело с опасными материалами и отходами:</p> <p>1) прошел надлежащий инструктаж, обучение и получил информацию о рисках, связанных с такой работой;</p> <p>2) выполняет документально оформленные стратегии и процедуры в целях безопасного управления отходами;</p> <p>3) снабжен защитной экипировкой и спецодеждой, соответствующей рискам.</p>

## РАЗДЕЛ D: ЛЕЧЕНИЕ И УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ

<b>15.0 ПРАВА ПАЦИЕНТА И СЕМЬИ</b>	
<b>Медицинская организация реализует политику по защите прав пациентов и их семей</b>	
15.1	<p>Информация о правах и обязанностях пациента и семьи размещена на государственном и русском языках в местах пребывания пациентов и включает право на:</p> <p>1) достоинство и уважительное отношение;</p> <p>2) свободу от притеснений, эксплуатации и физического насилия;</p> <p>3) неприкосновенность частной жизни;</p> <p>4) конфиденциальность и приватность информации;</p> <p>5) охрану и безопасность;</p> <p>6) полную информированность;</p> <p>7) принятие информированного решения;</p> <p>8) подачу жалобы/обращений.</p>
15.2	<p>В местах ожидания и в других местах пребывания пациентов выставлена информация:</p> <p>1) о правах пациентов на государственном и русском языках;</p> <p>2) об объеме оказываемых услуг и наличии медицинского оборудования;</p> <p>3) о перечне услуг, предоставляемых на бесплатной основе, также прейскурант платных услуг;</p> <p>4) о процедуре подачи жалоб/обращений и предложений.</p>
15.3	<p>В медицинской организации имеется процедура:</p> <p>1) обучения персонала по правам пациента и семьи;</p> <p>2) мониторинга знаний и соблюдения персоналом прав пациента и семьи;</p> <p>3) информирования пациентов и их семей с правами и обязанностями;</p> <p>4) неотложного и эффективного расследования и разрешения предполагаемых случаев нарушения прав пациента.</p>
	<p>Медицинская организация обеспечивает приватность и конфиденциальность информации о пациенте путем:</p> <p>1) информирования персонала об ответственности за соблюдение конфиденциальности информации;</p> <p>2) обеспечение доступа к информации о пациентах только</p>

15.4	<p>уполномоченным лицам или по запросу, имеющему законное обоснование;</p> <p>3) получения согласия пациентов на раскрытие их личной информации их семьям и другим организациям;</p> <p>4) предоставления пациентам возможности частного общения с другими;</p> <p>5) обеспечения того, что пациенты получают консультацию и услуги конфиденциально;</p> <p>6) выполнения любого медицинского вмешательства только в присутствии тех лиц, которые необходимы для данного вмешательства, с согласия пациента и с учетом его пожеланий.</p>
<b>Средства для удобства пациента и его семьи</b>	
15.5	<p>Медицинская организация обеспечивает для пациентов благоприятные условия для пребывания и встреч с посетителями посредством:</p> <p>1) наличия площадок, оборудованных навесами и скамейками; помещения в отделениях с телевизором, игрушками для детей, журналами;</p> <p>гибких графиков для посещения больных;</p> <p>2) предоставления возможности родственникам или другим лицам участвовать в уходе за больными с согласия пациента;</p> <p>3) наличия места рядом с пациентом, оборудованного для родственника или лица, осуществляющего уход.</p>
15.6	<p>Для пациентов с ограниченной подвижностью имеются вспомогательные средства для передвижения, поручни и перила, инвалидные кресла, костыли и трости, а также предоставляется персонал для помощи таким пациентам.</p>
<b>Информация для пациентов и получение их согласия</b>	
15.8	<p>Пациентам и их семьям предоставляется адекватная информация в доступной форме:</p> <p>1) о состоянии здоровья пациента;</p> <p>2) о планируемом лечении;</p> <p>3) о стоимости, возможных рисках и пользе предлагаемого лечения или обследования;</p> <p>4) об альтернативных методах лечения или диагностики.</p>
15.9	<p>После предоставления информации и в соответствии с требованиями законодательства медицинская организация получает согласие пациента:</p> <p>1) в письменном виде с записью его в медицинскую карту на инвазивные процедуры или операции;</p> <p>2) в письменном виде на его участие в клиническом исследовании, тестировании медицинских препаратов или новых медицинских технологий.</p>
15.10	<p>Информация относительно направления в другую больницу, такая как стоимость, проезд, время, продолжительность лечения и ожидаемый результат предоставляется пациенту и его семье.</p>
	<p>Пациенты и их семьи обеспечиваются информацией об уходе и заболевании посредством:</p> <p>1) регулярных занятий по информации о здоровье,</p>

15.11	проводимых профессионалами в области здравоохранения; 2) предоставления видеоматериалов, брошюр и другой информации о профилактике заболевания и пропаганде здорового образа жизни, которые находятся в доступных местах.
<b>Порядок подачи обращений пациентом</b>	
15.12	В организации существует и используется процесс получения обращений от пациентов и их семей относительно нарушения их прав, в котором: 1) обеспечивается информирование пациентов и их семей о том, как подать обращение в организацию, а также в общество по защите прав пациента или в суд; 2) упрощается процедура путем предоставления готовых бланков для обращений или принятия обращений в произвольном или устном виде; 3) позволяет передать обращение ответственному лицу.
15.13	Существует документальный процесс сбора, приоритизации, расследования, а также справедливого и своевременного удовлетворения обращений, что включает следующее: 1) письменное подтверждение (если по обращению еще не были приняты меры к удовлетворению пациента и его семьи); 2) расследование обращений, опрос вовлеченных сотрудников; 3) вынесение решения об обоснованном обращении; 4) принятие мер при обоснованности обращений; 5) информирование пациента и членов его семьи о ходе расследования через регулярные промежутки времени; 6) информирование лица, подавшего обращение и других вовлеченных лиц о результате.
15.14	Обращения заносятся в журнал регистрации, контролируется процесс работы с обращениями, и результаты используются для повышения качества.
<b>Отзывы пациентов</b>	
15.15	Организация регулярно измеряет степень удовлетворенности пациентов и их семей услугами путем: 1) предоставления информации по почтовому и электронному адресу для обратной связи с пациентами; 2) ведения записи замечаний, пожеланий и благодарностей, полученных в письменном виде, по телефону или лично от пациентов; 3) проведения анкетирования пациентов с целью определения удовлетворенности пациентов с учетом таких аспектов, как качество оказания услуг, работа персонала и система оплаты, где применимо; 4) анализа данных и определения тенденций, которые используются для повышения качества.
<b>16.0 ДОСТУП К МЕДИЦИНСКОМУ ОБСЛУЖИВАНИЮ, ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ПЛАНИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ</b> <b>Потребности пациента удовлетворяются своевременно, и предоставляется эффективная госпитализация с оценкой и планированием лечения и ухода за пациентом.</b>	

16.1	<p>Доступность услуг медицинской организации для населения осуществляется путем:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) предоставления бесплатного обслуживания в соответствии с Перечнем гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;</li> <li>2) удобного графика работы служб для групп пациентов в соответствии с предоставляемыми услугами;</li> <li>3) информирования населения об объеме медицинских услуг, графике работы и о порядке получения неотложной медицинской помощи</li> </ol>
16.2	<p>В первой точке контакта, пациент:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) проходит осмотр/обследование с целью оценки его состояния для определения приемлемости услуг организации;</li> <li>2) затем направляется или госпитализируется в более подходящую службу;</li> <li>3) получает необходимую ему помощь.</li> </ol>
16.3	<p>Пациенты своевременно госпитализируются, при этом:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) используется эффективная процедура регистрации с записью времени поступления и времени осмотра;</li> <li>2) оформляется медицинская карта пациента;</li> <li>3) производится осмотр в течение 15 минут после поступления в приемное отделение;</li> <li>4) в первую очередь осматривают пациентов в очень тяжелом состоянии;</li> <li>5) уделяется внимание санитарно-гигиеническим нуждам пациента до перемещения его в палату/ отделение;</li> <li>6) определяются пищевые предпочтения и имеющиеся аллергические реакции;</li> <li>7) заполняется соответствующая учетная форма перед любой хирургической процедурой, за исключением критических ситуаций.</li> </ol>
16.4	<p>Госпитализированным пациентам и их семьям:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) предоставляют график посещения пациентов;</li> <li>2) объясняют требование о специальной одежде для посетителей;</li> <li>3) предоставляют стандартный набор инструкций по пребыванию в больнице;</li> <li>4) пациентам показывают, где находятся туалеты, душевые и умывальники, которые в рабочем состоянии и доступны круглосуточно;</li> <li>5) пациентам разрешают носить свою удобную одежду в соответствии с санитарно-гигиеническим режимом;</li> <li>6) пациентам выделяют отдельную кровать со свежим бельем;</li> <li>7) проводят первичный медицинский осмотр пациентов в течение часа после госпитализации.</li> </ol>
<b>Оценка</b>	
16.5	<p>Проводится всесторонняя оценка потребностей и потенциальных рисков пациента путем сбора информации касательно:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) анамнеза заболевания, текущего аллергологического и медикаментозного анамнеза;</li> <li>2) жизненно важных показателей, веса и основных результатов осмотра;</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3) степени боли;</li> <li>4) функционального, эмоционального и умственного состояния;</li> <li>5) поведения, которое может представлять риск для пациента и других людей;</li> </ul>
16.6	<p>Квалифицированные медицинские специалисты как можно скорее проводят оценку состояния пациента:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) с участием самого пациента и/ или его семьи;</li> <li>2) документируют результаты осмотра и первичного диагноза в амбулаторную карту пациента.</li> </ul>
16.7	<p>Выполняются соответствующие лабораторные анализы, рентгеновские и прочие диагностические снимки и тесты, а их результаты:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) сообщаются врачу, который выдал пациенту такое направление;</li> <li>2) заносятся в историю болезни пациента с указанием даты и времени получения.</li> </ul>
16.8	<p>По тяжелобольным пациентам или пациентам, имеющим сопутствующую патологию, принимаются своевременные меры, чтобы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) провести консилиум с соответствующими специалистами;</li> <li>2) поставить диагноз сопутствующих заболеваний;</li> <li>3) рассмотреть прогноз течения заболевания и осложнения;</li> <li>4) повторно осмотреть пациента в случае осложнений и занести полученные данные в историю болезни пациента.</li> </ul>
16.9	<p>Состояние пациентов повторно оценивают через определенные промежутки времени, чтобы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) определить реакцию на лечение;</li> <li>2) запланировать дальнейшее лечение или выписку пациента;</li> <li>3) результаты повторной оценки заносятся в медицинскую карту пациента.</li> </ul>
<b>Планирование лечения и ухода за пациентом</b>	
16.10	<p>План лечения и ухода разрабатывается и заносится в медицинскую карту пациента:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) на основании оценки потребностей пациента, результатов диагностических тестов и диагноза, который нужно окончательно и своевременно поставить (в течение трех дней после госпитализации, по возможности);</li> <li>2) на основании руководств доказательной практики или клинических протоколов;</li> <li>3) с участием пациента и его семьи;</li> <li>4) отражая предпочтения и выбор пациента.</li> </ul>
16.11	<p>Лечение и уход за пациентом является комплексным и включает следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) цели и ожидаемые результаты лечения и ухода;</li> <li>2) предоставляемые услуги и лечение (сколько, как часто, где, кем);</li> <li>3) план лечения;</li> <li>4) требуемый график мониторинга состояния пациента;</li> <li>5) планирование выписки, перевода или последующего лечения, после выписки пациента.</li> </ul>

16.12	<p>Риски лечения и использования оборудования:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оценены и управление этими рисками включено в план лечения и ухода за пациентом;</li> <li>2) включают аллергию на лекарства, резистентность к антибиотику, риски пожара/ травмы от использования лазеров, риски в результате хронических болезней, как диабет, и риски от инфекционных заболеваний, как СПИД, ВИЧ и вирусный гепатит.</li> </ol>
<p><b>17.0 ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ</b>  <b>Своевременное и безопасное лечение и уход за пациентом предоставляются в соответствии с планом лечения и ухода за пациентом и предоставление услуг завершается согласно плану.</b></p>	
17.1	<p>Уход за пациентом и лечение предоставляются в соответствии с планом лечения и ухода за пациентом и клиническими руководствами и стандартами:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) младший медперсонал и медицинские специалисты, участвующие в лечении и уходе за пациентом, ознакомлены с планом ухода;</li> <li>2) услуги предоставляются своевременно и с установленной регулярностью;</li> <li>3) используются соответствующие методы и оборудование.</li> </ol>
17.2	<p>Квалифицированные лица:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) отвечают за лечение и уход за пациентом на каждом этапе лечения;</li> <li>2) известны персоналу, как ответственные лица;</li> <li>3) их данные занесены в медицинскую карту пациента.</li> </ol>
17.3	<p>Пациенты могут получить помощь по требованию:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) имея легкодоступный функционирующий звонок вызова у кровати;</li> <li>2) посты медсестер расположены в местах, откуда пациентов хорошо видно;</li> <li>3) медицинский персонал доступен в любое время в соответствии с графиком дежурств;</li> <li>4) дежурный врач осматривает пациентов, информация о которых передана лечащим врачом или пациентов, требующих специального лечения, и вносит данные осмотра в историю болезни пациента.</li> </ol>
17.4	<p>Уровни боли пациентов регулярно оцениваются с использованием соответствующего инструмента/шкалы, устранение боли и страдания осуществляется в соответствии с последними методами и технологиями.</p>
17.5	<p>Безопасность пациента обеспечивается путем:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) идентификации пациента двумя различными методами во время раздачи лекарственных препаратов, при переливании крови и продуктов крови, при заборе образцов крови и других образцов для клинического анализа или предоставлении любого другого лечения или процедуры;</li> <li>2) верификации участка тела до проведения диагностической или лечебной процедуры;</li> </ol>

	3) использования процесса принятия устной или телефонной информации с проверочным повтором записанного полного текста информации лицом, получившим эту информацию.
17.6	Риск падения каждого пациента, включая потенциальный риск, связанный с медикаментозным лечением пациента: 1) оценивается и периодически оценивается повторно; 2) снижается или устраняется путем принятия мер там, где обнаружены риски.
17.7	В течение всего времени оказания услуг пациенту между различными услугами поддерживается целостность и непрерывность путем: 1) проведения для персонала ознакомительного инструктажа по индивидуальным потребностям каждого пациента и выполнению поставленных задач; 2) того, что группа, осуществляющая уход, проводит обсуждения динамики состояния пациента; 3) использования стандартного подхода к сдаче дежурства между сменами, преемственности между сменами, включая обновленную информацию по состоянию каждого пациента, сообщая о любых инцидентах и предоставляя возможность задавать вопросы о пациентах и отвечать на них; 4) соблюдения комплекса процедур по переводу пациента из одного отделения в другое с соответствующей информацией, сопровождающей пациента; 5) ведения медицинской карты пациента с внесением точных и своевременных записей о динамике состояния.
17.8	Динамика состояния пациента в достижении целей и ожидаемых результатов в его плане лечения: 1) регулярно отслеживается в координации с пациентом и его семьей; 2) измеряется с использованием количественных и качественных методов оценки; 3) заносится в медицинскую карту пациента.
17.9	План лечения пациента пересматривается в соответствии с результатами повторной оценки и прогрессом в достижении определенных целей при помощи: 1) определения и рассмотрения барьеров, которые могут помешать пациентам достичь цели их лечения; 2) пересмотра, в зависимости от обстоятельств, целей и ожидаемых результатов, режимов лечения и временных рамок.
17.10	Коэффициент идентификации пациентов: 1) оценивается за определенный период времени; 2) анализируется для возможных действий; 3) коэффициент доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
17.11	Коэффициент ошибок в передаче информации в пунктах перехода (при передаче смены, смена службы, передвижение между службами): 1) оценивается за определенный период времени;

- 2) анализируется для возможных действий;
- 3) коэффициент доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.

#### Окончание обслуживания

17.12	<p>Персонал готовит пациентов к переводу, выписке или окончанию обслуживания, и последующему лечению, там, где применимо, путем:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) планирования окончания услуг, поставляемых пациенту и его семье;</li> <li>2) оценки и документирования готовности пациента к выписке/ переводу и его текущих потребностей;</li> <li>3) с участием других лечебных организаций там, где требуется дальнейший уход или лечение;</li> <li>4) будущих назначений или иных соглашений и договоров по окончанию услуги;</li> <li>5) обзора результатов предоставленного ухода и лечения, и последующих взаимодействий до конца услуги;</li> <li>6) занесения в медицинскую карту пациента последующих планов и направлений пациента в другие лечебные учреждения или в другие организации.</li> </ol>
17.13	<p>Выписной эпикриз оформляется и</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) выдается пациенту за час до выписки или перевода;</li> <li>2) содержит причины госпитализации, значимые заключения, диагноз, любые выполненные процедуры, любые назначенные лекарственные препараты и прочие виды лечения, состояние пациента при выписке, лекарственные препараты при выписке и другие последующие инструкции, указание того, были ли достигнуты цели ухода и лечения, рекомендации по дальнейшему лечению и наблюдению пациента;</li> <li>3) в случае смерти, соответствующая информация о смерти передается в уполномоченный орган.</li> </ol>
17.14	<p>Персонал удовлетворяет нужды умирающих пациентов:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) помогая им в ослаблении боли и симптомов;</li> <li>2) предоставляя уважительный и сострадательный уход;</li> <li>3) обеспечивая текущую коммуникацию относительно прогресса болезни, симптомов и других вариантов ухода;</li> <li>4) удовлетворяя их потребность в уединении, психологической и эмоциональной поддержке, а также духовных и культурных потребностей;</li> <li>5) помогая им и их семьям подготовиться к летальному исходу.</li> </ol>

#### 18.0 АНЕСТЕЗИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Анестезия и хирургическое лечение предоставляется пациенту на своевременной и безопасной основе в целях удовлетворения его определенных нужд.

18.1	Анестезия (в том числе и глубокая седация) и хирургические услуги выполняются квалифицированными специалистами в соответствии с письменными политиками и процедурами и доступны в рабочее время, а также принимаются меры для оказания неотложной помощи в нерабочее время.
18.2	Каждый пациент: 1) перед анестезией оценивается квалифицированным специалистом; 2) осматривается непосредственно перед вводным наркозом; 3) получает информацию о возможных рисках и преимуществах анестезии и альтернативных тактиках.
18.3	Физиологическое состояние пациента во время анестезии находится под непрерывным контролем анестезиолога и после анестезии в послеоперационной палате за пациентом ведет наблюдение квалифицированная медсестра.
18.4	Запись течения анестезии/седации включает: 1) информацию по введенным пациенту лекарственным препаратам, жидкостям, препаратам крови и кровезаменителям; 2) информацию о фактически использованных анестезиологических препаратах; 3) любые осложнения анестезиологического пособия; 4) время начала и окончания анестезии; 5) фамилию и подпись анестезиолога или квалифицированного врача.
18.5	На основании документирования результатов мониторинга состояния во время восстановления, пациент переводится квалифицированным специалистом в профильное подразделение, а время поступления, выписки или перевода фиксируется.
18.6	Каждый этап анестезиологического пособия записывается в медицинской карте пациента.
18.7	Хирургическая помощь планируется и документируется на основании результатов предоперационной оценки, предоперационного диагноза и обсуждения с пациентом и семьей метода, тактики, предполагаемого объема, возможных рисков и альтернативных методов лечения.
18.8	Персонал работает по определенным процедурам с целью обеспечения безопасности пациента во время операции, включая: 1) верификацию соответствующих документов и проверку требуемого функционирующего оборудования перед началом оперативного или инвазивного вмешательства; 2) проведение идентификации пациента, верификацию планируемой процедуры и участка вмешательства непосредственно перед началом хирургической или инвазивной процедуры; 3) нанесение маркировки с участием пациента на месте предполагаемой хирургической операции либо инвазивной процедуры; 4) ведение документированного учета точного количества

	мягкого и твердого инвентаря до и после оперативного вмешательства.
18.9	До перевода пациента из послеоперационной палаты в профильное отделение в медицинской карте производится подробный письменный отчет о хирургическом вмешательстве, включающий: 1) описание хирургической процедуры; 2) результаты; 3) информацию о взятии образцов ткани; 4) ФИО хирурга и ассистентов, операционной сестры.
18.10	Коэффициент использования проверочных листов по хирургической безопасности, рекомендованных ВОЗ: 1) оценивается за определенный период времени; 2) анализируется для возможных действий; 3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
18.11	Коэффициент необоснованного использования наркотических препаратов: 1) оценивается за определенный период времени; 2) анализируется для возможных действий; 3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
<b>19.0 ЛАБОРАТОРНАЯ СЛУЖБА</b> <b>Объем лабораторных услуг в медицинской организации четко определен</b>	
19.1	Оказываемые услуги и их организация четко описаны и могут включать в себя: гистопатологию и цитологию, клиническую химию, гематологию, микробиологию (бактериологию), паразитологию, диагностическую иммунологию и серологию, радиоиммуноанализ, общую клинику, молекулярно-биологический (включает генетический) анализ, химико-токсикологический анализ, вирусологию.
19.2	Правила и процедуры устанавливают мероприятия в рамках лабораторной службы
<b>Система управления качеством в лаборатории</b>	
19.3	Проводится регулярный мониторинг стандартов ISO по принципу самооценки.
19.4	План повышения качества подготовлен и реализован, а также основан на результатах мониторинга и контроля качества стандартов ISO.
<b>Руководство лаборатории</b>	
19.5	Руководитель лабораторной службы имеет соответствующую квалификацию (включая клинические и управленческие требования).

19.6	<p>Описание должностных обязанностей руководителя лабораторной службы определяет следующие обязанности:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) обзор клинической и технической компетентности персонала;</li> <li>2) передача полномочий, если применимо;</li> <li>3) участие в разборе жалоб;</li> <li>4) консультативная помощь при оценке нового оборудования;</li> <li>5) оказание консультативной помощи по клиническим и техническим процедурам, современной наилучшей практике для клинического и технического персонала;</li> <li>6) организация разработки всех клинических и технических правил, процессов и процедур;</li> <li>7) несет ответственность за создание и функционирование системы управления качеством лабораторных услуг.</li> </ol>
19.7	Руководитель лабораторной службы обеспечивает функционирование системы управления качеством лабораторных услуг.
19.8	Руководитель лабораторной службы обеспечивает, чтобы все лабораторные услуги предоставлялись в соответствии с установленными правилами и процедурами оказания услуг.
19.9	Руководитель лабораторной службы обеспечивает, чтобы проводился непрерывный мониторинг качества и выполнялся текущий план повышения качества.
<b>Ресурсы, имеющиеся для оказания качественных лабораторных услуг</b>	
19.10	Имеется надлежащая численность компетентного персонала, способного оказывать объем услуг лаборатории.
19.11	<p>Имеется надлежащее оборудование для оказания объема услуг лаборатории, а также определены процедуры использования оборудования:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) отбор;</li> <li>2) квалификация, включая установку, работу и результативность;</li> <li>3) идентификация и использование;</li> <li>4) техническое обслуживание;</li> <li>5) калибровка;</li> <li>6) система сигнализации, если применимо;</li> <li>7) информационные системы, включая системы электронной записи;</li> <li>8) система обеспечения бесперебойного электропитания оборудования.</li> </ol>
19.12	Здание и инфраструктура лаборатории соответствуют для безопасного оказания объема услуг лаборатории.
<b>20.0 СЛУЖБА ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ</b>	
<b>Услуги по переливанию крови оказываются своевременно и безопасным путем и соответствуют выявленным потребностям пациента.</b>	
<b>Информированное согласие реципиента</b>	
	Персонал следует документально оформленной политике и процедурам по получению информированного согласия реципиента, что включает:

20.1	<p>1) получение согласия для рутинных процедур и критических процедур, связанных с высоким риском;</p> <p>2) установление способности реципиента на принятие решения о своем согласии;</p> <p>3) установление того, кто может дать согласие, кроме реципиента;</p> <p>4) обращение с потенциально опасными пациентами или пациентами, отказывающимися от лечения;</p> <p>5) документирование информированных решений и кем они были приняты.</p>
<p><b>Обоснованность применения донорской крови и ее компонентов в лечебных целях.</b></p>	
20.2	<p>Поддерживается актуальность, точность и полноценность карт реципиентов, в которых содержится обоснование и мониторинг процедуры переливания крови и ее компонентов:</p> <p>1) доказательства осуществления плана лечения и ухода;</p> <p>2) детали и исходы переливания;</p> <p>3) предоставленная реципиенту информация и полученное согласие;</p> <p>4) любые изменения в состоянии здоровья пациента;</p> <p>5) реакции на лечение;</p> <p>6) любые потенциально опасные ситуации, инциденты или неблагоприятные события, например, побочные эффекты при переливании.</p>
<p><b>Отклонения, несоответствия и неблагоприятные события</b></p>	
20.3	<p>Имеются механизмы реагирования на любые отклонения, несоответствия и неблагоприятные события, имеющие отношение к переливанию крови и ее компонентов:</p> <p>1) механизмы включают оценку и отчетность по подобным случаям;</p> <p>2) руководитель организации несет ответственность за разработку процедур отчетности по неблагоприятным событиям.</p>
20.4	<p>Процедура должна включать шаги по распознаванию, оценке и расследованию, которые необходимо предпринимать при различных типах неблагоприятных событий, имеющих отношение к переливанию крови и ее компонентов:</p> <p>1) немедленная реакция при переливании крови и ее компонентов;</p> <p>2) реакция замедленного типа при переливании крови и ее компонентов;</p> <p>3) заболевания, передающиеся при переливании крови и ее компонентов.</p>
20.5	<p>Служба переливания крови несет ответственность за разработку политики, процессов и процедур по выявлению реципиентов, получивших некачественную кровь в прошлом (в анамнезе), и оповещает врача реципиента.</p>
<p><b>Безопасная среда для оказания услуг по трансфузиологии</b></p>	
20.6	<p>Персонал надлежащим образом обучен процедурам по обеспечению безопасности услуг по трансфузиологии.</p>

20.7	Окружающая среда медицинской организации обеспечивает безопасное оказание услуг по трансфузиологии.
20.8	Имеются соответствующее оборудование и расходные материалы, предназначенные для хранения крови и ее продуктов и для проведения процедур по трансфузиологии.
<b>Политики и процедуры по трансфузиологии</b>	
20.9	Служба переливания крови разрабатывает политику, процессы и процедуры по управлению запасами донорской крови и ее компонентов.
20.10	Служба переливания крови разрабатывает политику, процессы и процедуры по предтрансфузионному тестированию для аллогенного и аутологичного переливания донорской крови и ее компонентов, включающие подтверждение группы крови и резус принадлежности, тестирование на нежелательные клинически значимые антиэритроцитарные антитела, проведение серологической совместимости между образцами крови реципиента и эритроцитами донора.
20.11	Служба переливания крови разрабатывает политику, процессы и процедуры, включающие требования к: 1) сбору и хранению образцов крови реципиентов; 2) идентификации реципиента; 3) идентификации образца крови реципиента не менее двумя независимыми идентификаторами; 4) документированию даты, времени и лица, производившего сбор; 5) порядку оформления запроса на донорскую кровь и ее компоненты, который подписывается уполномоченным лицом
20.12	Служба переливания крови разрабатывает политику, процессы и процедуры по предтрансфузионному тестированию при переливании донорской крови и ее компонентов новорожденным.
20.13	Служба переливания крови разрабатывает политику, процессы и процедуры по применению донорской крови и ее компонентов, прошедших дополнительную обработку для обеспечения инфекционной и иммунологической безопасности (лейкофильтрация, вирусная инаktivация, облучение) и показания для индивидуального подбора крови доноров.
<b>21.0 МЕНЕДЖМЕНТ МЕДИКАМЕНТОВ</b>	
<b>Управление и использование лекарственных средств является безопасным, эффективным и рациональным.</b>	
21.1	Сертифицированный квалифицированный фармацевт доступен: 1) проводит выбор, заказ, раздачу и распределение лекарственных средств; 2) контролирует фармацевтические услуги, предоставляемые медицинским персоналом; 3) проводит мониторинг назначенных лекарственных средств; 4) предоставляет консультации персоналу и пациентам.
	Организация использует утвержденный перечень основных лекарственных средств (лекарственный формуляр), который: 1) подготовлен совместно, с учетом предоставляемых услуг, нужд пациента, научной обоснованности и экономической

21.2	<p>эффективности;</p> <p>2) включает все необходимые терапевтические группы лекарственных препаратов;</p> <p>3) включает списки лекарственных препаратов высокого риска, применяемых в организации;</p> <p>4) доступен для медицинского персонала во всех клинических подразделениях;</p> <p>5) является текущим и обновляется не менее одного раза в год.</p>
21.3	<p>Реанимационная сумка или тележка с лекарственными препаратами, которые могут срочно потребоваться в критических ситуациях, например, при остановке сердца:</p> <p>1) имеется в наличии во всех местах, где находятся пациенты;</p> <p>2) когда не используется, закрыта или прикреплена к стене (в случае с тележкой);</p> <p>3) укомплектована в соответствии с утвержденным перечнем;</p> <p>4) доукомплектовывается после использования, включая инструкции по оказанию неотложной помощи.</p>
21.4	<p>Заказ, хранение, использование и списание лекарственных средств, подлежащих строгому учету, регулируются в соответствии с утвержденными положениями и процедурами:</p> <p>1) хранение осуществляется в отдельном металлическом шкафу, прочно фиксированном к стене или полу;</p> <p>2) заказ составляется уполномоченным специалистом с заполнением учетно-отчетной документации;</p> <p>3) все дозы были подсчитаны и зарегистрированы в книге учета медикаментов.</p>
21.5	<p>Все лекарственные средства с истекшим сроком годности или списанные по иным причинам (в том числе и препараты, возвращенные пациентами, неиспользованные лекарственные средства, подлежащие строгому учету), безопасно утилизируются в соответствии с письменной процедурой.</p>
21.6	<p>Медицинская организация разрабатывает подходы по повышению безопасности использования лекарственных средств:</p> <p>1) концентрированные лекарственные средства хранятся отдельно от других лекарственных средств с дополнительным предупреждением, напоминающим персоналу о необходимости разбавления перед использованием;</p> <p>2) запрещено хранение концентрированных электролитов (включая хлорид калия, фосфат калия, хлорид натрия &gt;0.9%, сульфат магния и др. в зонах пребывания пациентов);</p> <p>3) все лекарственные средства, контейнеры для медикаментов, шприцы, системы для внутривенного вливания, поильники и др., находящиеся в стерильных зонах, маркируются;</p> <p>4) внедрены и используются процессы с целью предотвращения ошибок назначения и применения препаратов высокого риска и концентрации, препаратов, имеющих схожую упаковку, или созвучных препаратов.</p>
	<p>В медицинской организации имеется система, которая обеспечивает, что рецепты:</p>

21.7	<p>1) выдаются только уполномоченными медицинскими работниками, имеющими право назначать рецептурные препараты (зарегистрированными практикующими врачами);</p> <p>2) заполнены разборчивым почерком и должным образом подписаны врачом;</p> <p>3) включают возраст и пол пациента, предварительный или подтвержденный диагноз, частоту и продолжительность приема, дозу, форму лекарственных препаратов.</p>
21.8	<p>Персонал следует письменной политике, включая временные рамки и способ заказа, для устных заказов медикаментов в чрезвычайных обстоятельствах, которые были согласованы медицинским, медсестринским и фармацевтическим персоналом.</p>
21.9	<p>Все лекарственные препараты, выданные из аптеки и расфасованные, согласно этапам лекарственного менеджмента, должны, по меньшей мере, иметь следующую маркировку:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) фамилия пациента;</li> <li>2) наименование лекарственного препарата и указание его концентрации;</li> <li>3) срок годности;</li> <li>4) принимаемая доза и частота;</li> <li>5) прочие письменные инструкции по использованию, в случае необходимости.</li> </ol>
21.10	<p>Пациенту, включая пациента на выписку, предоставляется письменная и устная информация относительно выписанного лекарственного препарата, включая:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) стоимость, если применимо;</li> <li>2) положительное действие (эффективность) и побочные эффекты;</li> <li>3) риски несоблюдения инструкций;</li> <li>4) безопасный и соответственный способ использования лекарственного препарата.</li> </ol>
21.11	<p>Имеется утвержденная больничная форма для назначений лекарственных препаратов, согласно которой назначаются все лекарственные препараты для отдельного клиента /пациента.</p>
21.12	<p>Все лекарственные препараты для отдельного пациента выписываются согласно утвержденной больничной форме для назначений лекарственного препарата и лекарственного формуляра медицинской организации:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) имя пациента и регистрационный номер;</li> <li>2) дата;</li> <li>3) диагноз;</li> <li>4) лекарственный препарат, принимаемая доза и частота, и выдаваемое количество;</li> <li>5) продолжительность приема;</li> <li>6) ФИО назначившего врача и наименование структурного подразделения.</li> </ol>
	<p>Организация определяет политику и процедуры по безопасному и точному назначению лекарственных препаратов, включая следующее:</p>

21.13	<p>1) лекарственные препараты должны назначаться только врачами;</p> <p>2) лекарственные препараты назначаются в соответствии с пятью «правильно» - правильное лекарство, правильная доза, правильный способ применения, правильное время и правильный пациент;</p> <p>3) пациентов информируют относительно побочных эффектов лекарственных препаратов;</p> <p>4) когда и как лекарственные препараты можно принимать самому;</p> <p>5) безопасная дозировка педиатрических лекарственных препаратов в случае критической ситуации, если применимо;</p> <p>6) показания к назначению парентерального питания;</p> <p>7) документальное фиксирование каждой принятой дозы лекарственного препарата.</p>
21.14	<p>Безопасному, эффективному и экономному использованию лекарственных препаратов способствует фармацевтическая служба по мониторингу назначений посредством:</p> <p>1) определения несоответственного лекарственного препарата;</p> <p>2) мониторинга неблагоприятных реакций;</p> <p>3) мониторинга всех лекарственных препаратов с высоким риском;</p> <p>4) мониторинга антибиотиков на рациональное использование;</p> <p>5) мониторинга раздачи и других ошибок с медикаментами;</p> <p>6) проверки адекватности маркировки лекарственных препаратов и информации на листке-вкладыше в упаковке;</p> <p>7) визуального контроля лекарственных препаратов, для того, чтобы оценить их качество и сроки годности;</p> <p>8) способствования назначению экономичных и недорогих лекарственных препаратов.</p>
21.15	<p>Коэффициент надлежащего использования профилактических антибиотиков (обязательное и своевременное введение):</p> <p>1) оценивается за определенный период времени;</p> <p>2) анализируется для возможных действий;</p> <p>3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.</p>
21.16	<p>Коэффициент ошибок при назначении и предоставлении медикаментов (неправильное лекарство, неверная доза, неверное применение):</p> <p>1) оценивается за определенный период времени;</p> <p>2) анализируется для возможных действий;</p> <p>3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.</p>
<p><b>22.0 МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА</b>  <b>Записи в медицинской карте пациента содержат достоверные, точные и всесторонние данные, и призваны для обеспечения безопасного и непрерывного лечения за пациентом.</b></p>	
	<p>Персонал следует документированному процессу управления медицинскими записями о пациентах, включающему:</p> <p>1) проводимые записи, включая присвоение пациентам идентификатора;</p>

22.1	<p>2) использование только общеизвестных символов и сокращений;</p> <p>3) поддержание стандартизованного формата с целью облегчения поиска информации в медицинских записях;</p> <p>4) своевременное оформление медицинской документации медицинскими сотрудниками;</p> <p>5) хранение, защиту, восстановление и архивирование медицинской документации пациента.</p>
22.2	<p>На каждого пациента оформляется медицинская карта, включающая всю информацию от врачей и оформленную в хронологическом порядке, благодаря которой возможна эффективная коммуникация и непрерывность лечения и ухода, включая:</p> <p>1) дату и время поступления;</p> <p>2) оценку состояния пациента, в хирургических отделениях анестезиологическую и хирургическую оценку пациентов;</p> <p>3) анамнез заболевания;</p> <p>4) оформленный документально диагноз по каждой записи, сделанной другой службой;</p> <p>5) клинический осмотр;</p> <p>6) план лечения и ухода за пациентом, включая цели и ожидаемые результаты;</p> <p>7) план последующих действий в уходе за пациентом;</p> <p>8) назначения лекарственных средств;</p> <p>9) планирование лечебно-диагностических исследований и интерпретация полученных результатов;</p> <p>10) прочие детали ухода и лечения.</p>
22.3	<p>Записи в медицинской карте пациента, включая изменения, вносятся только уполномоченными лицами:</p> <p>1) записи разборчивые;</p> <p>2) записи производятся своевременно;</p> <p>3) подписаны с указанием ФИО;</p> <p>4) включают дату и время проводимых мероприятий;</p>
22.4	<p>В медицинской карте имеются записи, предупреждающие персонал о наличии неблагоприятного фона у пациента, таком как аллергический анамнез, неблагоприятные реакции на лекарственные средства, радиоактивная опасность и риск заражения.</p>
22.5	<p>В медицинской карте пациента имеется свидетельство о реализации плана лечения и ухода за пациентом, включая:</p> <p>1) наблюдение;</p> <p>2) записи о консультациях;</p> <p>3) сведения и результаты вмешательств, и полученное информированное согласие;</p> <p>4) записи обо всех значительных событиях, таких как операции, изменение состояния пациента;</p> <p>5) реакцию организма на лечение и уход, а также прогресс в достижении целей;</p> <p>6) любые потенциально опасные происшествия, инциденты или неблагоприятные события.</p>
22.6	<p>Копия информации о медицинских услугах, предоставленная другим медицинским организациям и поставщикам после</p>

	направления пациентов или после предоставления пациенту услуг, хранится в его медицинской карте.
22.7	Регулярно проводятся запланированные проверки медицинской документации с целью рассмотрения полноты, точности и своевременности заполнения.
22.8	Коэффициент ошибок, связанных с медицинской документацией пациентов: 1) оценивается за определенный период времени; 2) анализируется для возможных действий; 3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
22.9	Коэффициент проведенных аудитов (службой внутреннего аудита): оценивается за определенный период времени; 1) анализируется для возможных действий; 2) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
<b>23.0 КАЧЕСТВО ЛЕЧЕНИЯ И УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ</b> Организация постоянно отслеживает, оценивает и улучшает качество клинических процессов, и процессов связанных с уходом за пациентом.	
23.1	По всем лечебно-профилактическим процедурам имеются стандартные процедуры, клинические руководства, протоколы и алгоритмы, которые: 1) разрабатываются на основании научных исследований и доказательств; 2) утверждаются руководителем медицинской организации; 3) используются для обучения и проведения аттестации персонала по выполнению процедуры; 4) выполняется назначенным персоналом.
23.2	Проверяется клиническое качество, а также результаты, примененные для улучшения, путем использования: 1) графика экспертиз медицинских карт больного для оценки соответствия стандартам, стратегиям и процедурам; 2) разбора случаев, подлежащих обязательной экспертизе в соответствии с нормативными актами.
23.3	Предоставление пациенту медицинских услуг отслеживается, результаты используются для улучшения следующих аспектов: 1) времени ожидания; 2) оценки состояния пациента; 3) хирургических и инвазивных процедур; 4) использование анестезии, умеренной и глубокой седации, а также других процессов, содержащих высокий процент риска; 5) использование крови и продуктов крови; 6) наличие, содержание и ведение медицинской документации; 7) инфекционный контроль и отчетность; 8) рациональное использование антибиотиков; 9) ошибки назначения лекарственных средств и неблагоприятные реакции при использовании препаратов; 10) использование ограничений и изоляции.

23.4	<p>Внедрен процесс по выявлению ошибок при назначении лекарственных препаратов и информирования о неблагоприятных событиях при использовании лекарственных средств:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) информация своевременно сообщается в соответствии с установленной процедурой;</li> <li>2) анализ полученных данных используется для улучшения качества с целью снижения уровня ошибок при назначении и использовании лекарственных препаратов.</li> </ol>
23.5	<p>В медицинской организации создана Формулярная комиссия, анализирующая использование антибактериальных препаратов в лечении пациентов для определения эффективности лечения и контроля за развитием резистентности к антибиотикам, рациональным использованием лекарственных препаратов.</p>
23.6	<p>Показатели, разработанные для приоритетных болезней и ключевых клинических процессов, например, время ожидания, повторная госпитализация, ошибки в назначении лекарственных препаратов, уровень инфекции:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) определяются на непрерывной основе;</li> <li>2) измеряются с согласованной частотой;</li> <li>3) информация передается в соответствующие комитеты, руководству и персоналу;</li> <li>4) определенные услуги, предоставленные за определенный промежуток времени сравниваются с исходными данными;</li> <li>5) информация используется для повышения качества.</li> </ol>
23.7	<p>На каждый летальный случай проводится конференция с участием ключевых специалистов, задействованных в данном случае, таких как лечащий врач, заведующий отделением, руководитель организации с заместителями, патолог и представитель службы внутреннего аудита с целью:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) обсуждения данного случая;</li> <li>2) анализа причин(ы) летального исхода;</li> <li>3) подготовки отчета с согласованными мерами предотвращения повторного возникновения выявленных рисков.</li> </ol>
23.8	<p>Комиссия по изучению летальных исходов (КИЛИ):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) создается руководителем медицинской организации;</li> <li>2) рассматривает и расследует все случаи смерти;</li> <li>3) проводит анализ причин смерти;</li> <li>4) выдает рекомендации по улучшению процессов в целях снижения числа смертности;</li> <li>5) отчет представляется руководителю медицинской организации;</li> <li>6) один раз в месяц и далее по мере необходимости проводится семинар с персоналом больницы о борьбе с больничной летальностью.</li> </ol>

#### СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ	- Всемирная организация здравоохранения
ВИЧ	- Вирус иммунодефицита человека

КИЛИ	- Комиссия по изучению летальных исходов
НПА	- Нормативные правовые акты
ПСМП	- Первичная медико-санитарная помощь
РК	- Республика Казахстан
ФИО	- Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
ЧС	- Чрезвычайные ситуации
ISO	- International Organization for Standardization
ISQua	- International Society for Quality in Health Care

Приложение 3  
к приказу Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 2 октября 2012 года № 676

## Стандарты аккредитации медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь

Сноска. Приложение 3 с изменениями, внесенными приказом Министра здравоохранения и социального развития РК от 08.04.2016 № 266 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

### РАЗДЕЛ А « РУКОВОДСТВО»

№	Измеряемые критерии
<b>1.0 ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ</b> Этические нормы определяют направление деятельности организации и процесс принятия решений.	
1.1	Формулировка целей или предназначения медицинской организации осуществляется руководством организации при содействии персонала с учетом рекомендаций заинтересованных сторон и представляет собой основу для планирования и определения направлений развития организации.
1.2	В медицинской организации имеется определенный комплекс этических норм, которыми она руководствуется при принятии решений и определении правил поведения сотрудников.
1.3	Медицинская организация разрабатывает этические нормы, охватывающие вопросы в отношении деятельности медицинской организации и обслуживания пациентов.
1.4	Персонал регулярно проходит обучение по вопросам этики и деонтологии.
1.5	В медицинской организации внедрен процесс выявления, анализа и принятия мер по фактам нарушения этических норм.
<b>2.0 УПРАВЛЕНИЕ</b> В медицинской организации осуществляется эффективное	

**управление в соответствии с ее правовым статусом и ответственностью.**

2.1	Обязанности руководства организации включают следующее: 1) определение и рассмотрение этических норм; 2) согласование и утверждение стратегического, оперативного планов организации, а также плана обеспечения качества медицинских услуг; 3) утверждение бюджета и обеспечение организации соответствующими ресурсами для выполнения поставленных целей и задач; 4) мониторинг и оценка достижения результатов стратегических и оперативных планов и качества медицинских услуг; 5) назначение или утверждение руководителей структурных подразделений и оценка эффективности их деятельности.
2.2	Медицинская организация действует в соответствии с законодательством Республики Казахстан, и имеет требуемые учредительные документы, в том числе: 1) свидетельство или справка о государственной (учетной) регистрации (перерегистрации); 2) устав (положение); 3) БИН.
2.3	Руководство организации обеспечивает осуществление деятельности организации путем: 1) получения, рассмотрения и реагирования на предписания государственных органов; 2) своевременной актуализации пакета действующих нормативных правовых актов; 3) принятия активных действий по доведению их до заинтересованных лиц; 4) обеспечения доступности базы нормативных правовых актов для персонала медицинского учреждения.
2.4	Медицинская организация информирует общественность: 1) об оказываемых услугах и условиях их получения; 2) о деятельности и принимаемых решениях, которые могут повлиять на предоставляемые услуги; 3) о качестве оказываемых услуг и достигнутых результатах.

**3.0 СТРАТЕГИЧЕСКОЕ И ОПЕРАТИВНОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ**

**Организация планирует свои услуги с целью удовлетворения потребностей населения и осуществляет четкое руководство по его реализации.**

3.1	В стратегическом плане развития, разработанном руководством совместно с персоналом, излагаются долгосрочные цели, задачи, стратегии для осуществления миссии медицинской организации.
3.2	Стратегический план основан на: 1) целях и этических нормах организации; 2) потребностях обслуживаемого населения; 3) анализа полученных отзывов от пациентов/ семей и общественности; 4) количественных и качественных показателей оказания медицинских услуг; 5) правительственных стратегиях и приоритетах в здравоохранении;

	6) ожидаемых результатах по достижению целей и задач организации (индикаторах оценки).
3.3	Комплексный годовой план разработан и согласован со всеми структурными подразделениями медицинской организации: 1) в соответствии со стратегическим планом; 2) с рассмотрением непосредственных приоритетов; 3) содержит задачи и план мероприятий по всем услугам; 4) определяет укомплектование штата, финансовые и материальные ресурсы для обеспечения выполнения запланированных действий.
3.4	Медицинской организацией и ее структурными подразделениями регулярно рассматривается достигнутый прогресс в реализации годового плана в сравнении с целями и планом мероприятий: 1) уровень достижения целей и ожидаемых результатов; 2) выполнение запланированных действий; 3) адекватность ресурсной поддержки; 4) соблюдение запланированных сроков; 5) нереализованные задачи и проблемы; 6) дальнейшие планируемые шаги.
3.5	Служба внутреннего аудита проводит анализ достигнутых результатов в сравнении с годовым планом, информация предоставляется руководителю медицинской организации и руководителям структурных подразделений для планирования дальнейших действий.
3.6	Решения относительно планируемых мероприятий, внесенных в годовой план сообщаются и обсуждаются с персоналом и передаются при необходимости соответствующим внешним службам.
<b>4.0 ОБЩЕЕ УПРАВЛЕНИЕ</b>	
<b>Медицинская организация имеет структуру управления и подотчетности. Управление осуществляется квалифицированными менеджерами.</b>	
4.1	Руководитель медицинской организации является ответственным и отчитывается за следующее: 1) все оперативные вопросы, включая управление рисками и повышение качества, инфекционный контроль, охрану здоровья/ труда и безопасность; 2) о клинической, управленческой и финансовой деятельности перед руководящим органом и вышестоящими государственными органами; 3) реагирование на любые сообщения, полученные от контрольных и регулирующих органов.
4.2	Руководитель медицинской организации имеет образование, квалификацию, стаж и опыт работы.
4.3	В должностной инструкции руководителя медицинской организации определены его роль, права и обязанности.
4.4	Эффективность работы руководителя организации определяется достижениями в деятельности медицинской организации, отчет по исполнению запланированных мероприятий предоставляется в вышестоящую организацию.

4.5	Функции и полномочия каждого структурного подразделения определены и доведены до сведения сотрудников.
4.6	Каждое подразделение медицинской организации возглавляется руководителем, имеющим образование, квалификацию, стаж и опыт работы.
4.7	Лица, ответственные за клиническую деятельность медицинской организации обеспечивают: 1) планирование и оценку клинической практики; 2) предоставление консультаций по клиническим вопросам руководителю организации и заведующим подразделениями; 3) мониторинг стандартов клинического лечения; 4) контроль и оказание содействия персоналу.
4.8	Организационная структура: 1) оформлена документально и представлена в виде схемы; 2) соответствует целям, задачам и функциям организации; 3) четко отражает структуру подчинения персонала; 4) помогает отделам и службам скоординировать планирование и оказание услуг.
4.9	Структура организации регулярно рассматривается и доводится до сведения всего персонала организации и других соответствующих лиц.
4.10	Медицинская организация согласовывает свою деятельность и услуги, предоставляя планы и стратегии государственным органам управления или другим медицинским организациям в целях обеспечения преемственности.

#### **5.0 УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ И ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА**

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

5.1	<p>План управления рисками для медицинской организации:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) основан на информации, полученной из стратегического плана; результатов анализа клинических показателей; результатов анализа отзывов пациентов и неблагоприятных событий; службы инфекционного контроля; результатов анализа укомплектования персоналом и обеспечения ресурсами; результатов анализа состояния окружающей обстановки;</li> <li>2) определяет, оценивает и располагает по приоритетам все риски с точки зрения их вероятности и последствий нанесенного вреда здоровью и материального ущерба;</li> <li>3) включает стратегии управления такими рисками;</li> <li>4) имеется в наличии и распространяется среди персонала для ознакомления.</li> </ol> <p>Примечание: План управления рисками может включать такие элементы, как политика, критерии для оценки рисков, обязанности и функции по управлению рисками, необходимую подготовку кадров, список идентифицированных рисков (стратегических, эксплуатационных, финансовых и рисков опасности) - реестр рисков или подобный документ с</p>
-----	--

	<p>анализом рисков и их уровня, выводы касательно планов работы с рисками или мер по контролю основных рисков, включая процессы по передаче информации заинтересованным сторонам.</p>
5.2	<p>Медицинская организация обучает своих сотрудников правилам снижения рисков, путем:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) обнаружения, оценки и сообщения о ситуациях, включающих риск;</li> <li>2) управления ситуациями, имеющими потенциальный риск;</li> <li>3) предотвращения или контроля инфекции;</li> <li>4) безопасного использования оборудования и материалов;</li> <li>5) безопасного метода транспортировки людей и грузов.</li> </ol>
5.3	<p>План управления рисками регулярно проверяется и пересматривается в целях обеспечения его эффективности путем:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) контроля за выполнением требований правил управления рисками;</li> <li>2) пересмотра определенных рисков;</li> <li>3) внесения улучшений в план управления рисками, используя результаты, полученные в процессе контроля выполнения требований, правил управления рисками и пересмотра определенных рисков.</li> </ol>
5.4	<p>В медицинской организации имеется непрерывная система повышения качества медицинских услуг, включающая:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) участие всех подразделений медицинской организации;</li> <li>2) определение приоритетов медицинской организации по контролю качества предоставляемых услуг и их обновление с учетом нужд и потребностей пациентов, процессов, которые представляют высокий риск, большой объем, являются дорогостоящими или проблемными;</li> <li>3) сбор, анализ и оценку данных мониторинга и аудита;</li> <li>4) информирование руководства и сотрудников.</li> </ol>
5.5	<p>Ежегодный план повышения качества:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) разрабатывается совместно с руководителями структурных подразделений;</li> <li>2) подробно определяет мероприятия по контролю качества, планы действия, их цели и методы достижения;</li> <li>3) определяет график проведения аудита, сбора данных по качественным показателям;</li> <li>4) определяет ответственных лиц и сроки исполнения.</li> </ol>
5.6	<p>План повышения качества включает мониторинг, отчетность и оценку:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) показателей эффективности лечения по приоритетным заболеваниям и ключевым процессам, например, время ожидания, уровень повторной заболеваемости и госпитализации, ошибки в назначении лекарственных средств, инфекции и несчастные случаи;</li> <li>2) удовлетворенности пациента и его семьи, оказанными медицинскими услугами.</li> </ol>
	<p>Руководители структурных подразделений ответственны за реализацию плана по повышению качества, включая следующее:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) мониторинг соответствующих показателей;</li> </ol>

5.7	<p>2) мониторинг выполнения стандартов, политик, процедур, клинических протоколов и правил;</p> <p>3) рассмотрение фактов обращений и предложений со стороны пациентов и их семей;</p> <p>4) проекты по улучшению качества оказываемых медицинских услуг.</p>
5.8	<p>Внутренняя служба по контролю качества:</p> <p>1) получает отчеты по мероприятиям обеспечения качества;</p> <p>2) анализирует собранные данные и классифицирует их по направлениям;</p> <p>3) отчитывается перед руководителями структурных подразделений и руководителями организации.</p>
5.9	<p>Информация и отчеты о повышении качества обсуждаются на производственных или клинических встречах и конференциях. Сотрудники организации, руководители структурных подразделений и руководство организации участвуют в принятии решений по определенным действиям в области улучшения качества.</p>
5.10	<p>Проводится аудит медицинской организации с целью оценки качества предоставляемых медицинских услуг и соответствия с клиническими протоколами:</p> <p>1) уполномоченным лицом/группой экспертов;</p> <p>2) в соответствии с графиком проведения клинических аудитов использования клинических протоколов, которые имеются в достаточном количестве.</p>
5.11	<p>Результаты клинического аудита и обзора клинических случаев:</p> <p>1) обсуждаются в работе соответствующих комиссий, на собраниях или конференциях;</p> <p>2) используются для улучшения процессов оказания медицинской помощи;</p> <p>3) включаются в отчеты по выполнению программы повышения качества.</p>
5.12	<p>Мероприятия по повышению качества запланированы, предприняты соответствующие меры и действия, оценена эффективность действий. Персонал, клиенты/ пациенты информированы о результатах оценки.</p>
5.13	<p>Персонал следует документированным политикам и процедурам при выполнении своих должностных обязанностей в каждом структурном подразделении.</p>
5.14	<p>Политики и процедуры, утвержденные руководством:</p> <p>1) ежегодно обновляются;</p> <p>2) разрабатываются с участием персонала;</p> <p>доступны персоналу на рабочих местах.</p>

## **РАЗДЕЛ В: УПРАВЛЕНИЕ РЕСУРСАМИ**

### **6.0 УПРАВЛЕНИЕ ФИНАНСАМИ**

**Финансовые ресурсы медицинской организации управляются и**

**контролируются для оказания содействия в достижении целей.**

6.1	Руководство ежегодно утверждает план финансово-хозяйственной деятельности: 1) подготовленный финансово-экономическим блоком медицинской организации; 2) с участием персонала медицинской организации; 3) основанный на предполагаемых доходах и сметах расходов; 4) на основе задач и планируемых мероприятий годового плана.
6.2	Порядок и процедуры финансовой деятельности медицинской организации документируются и включают следующее: 1) оперативность выставления счетов и оплаты счетов; 2) бухгалтерский учет; 3) полномочия по закупке и расходованию средств, процедура передачи полномочий; 4) страхование; 5) управление активами.
6.3	Бухгалтерский учет основан на достоверной финансовой информации обо всех источниках доходов и расходов, и обеспечивает своевременные и точные финансовые отчеты для принятия решений.
6.4	Прибыли, убытки и расходы на услуги регулярно отслеживаются в сравнении с бюджетом и предоставляются руководству медицинской организации в виде ежемесячных финансовых отчетов.
6.5	Существует система внутреннего финансового контроля и аудита.
6.6	Внешний финансовый аудит проводится в соответствии с НПА.
6.7	Медицинские услуги, осуществляемые на платной основе: 1) имеется прейскурант цен; 2) цены рассчитаны на основе затрат; 3) оплата платных услуг проводится в соответствии с законодательством Республики Казахстан.
6.8	Список утвержденных платных услуг и их цен доступен населению.
6.9	Медицинская организация проводит аудит платных услуг для подтверждения, что: 1) цены соответственные, а расходы и платежи осуществляются надлежащим образом, согласно документально оформленным процессам; 2) средства используются по целевому назначению.
6.10	Оплата труда сотрудникам, перечисления в пенсионный фонд и другие обязательные отчисления: 1) осуществляются своевременно; 2) основаны на утвержденной структуре заработных плат и вознаграждений сотрудникам медицинской организации.
6.11	Отчеты своевременно направляются в налоговые органы и органы государственной статистики.

## 7.0 ИНФОРМАЦИОННОЕ УПРАВЛЕНИЕ

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

7.1	<p>В медицинской организации имеется единая автоматизированная информационная система по управлению ее деятельностью, включающая:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) наличие совместимых компьютеров и пакетов прикладных программ, отвечающих нуждам каждого отдела;</li><li>2) лицензионное программное обеспечение;</li><li>3) управление текущими расходами;</li><li>4) процедуры необходимых обновлений программного обеспечения;</li><li>5) текущее техническое обслуживание;</li><li>6) обучение персонала.</li></ol>
7.2	<p>Медицинская организация обеспечивает конфиденциальность, безопасность и целостность информации путем:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) установки уровней защиты для доступа персонала к особо важной информации;</li><li>2) обучения персонала о неразглашении частной или личной информации и соблюдения конфиденциальности;</li><li>3) ограничения доступа к конфиденциальной информации, в том числе информации о пациенте.</li></ol>
7.3	<p>Документально оформленные процедуры защиты информации используются персоналом и включают:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) создание резервных копий файлов;</li><li>2) хранение резервных копий;</li><li>3) восстановление данных в случае чрезвычайных ситуаций</li></ol>
7.4	<p>Персонал клиники имеет доступ к надежным Интернет-ресурсам и телекоммуникационным технологиям для выполнения своих профессиональных обязанностей.</p>
7.5	<p>Персонал может получить информацию о достижениях и передовых технологиях в здравоохранении посредством:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) предоставления актуальной медицинской информации, руководств по эксплуатации медицинского оборудования, базы по лекарственным препаратам в библиотеке или другом доступном месте;</li><li>2) участия в профессиональных конференциях, семинарах и учебных программах.</li></ol>
7.6	<p>Медицинская организация использует стандартный процесс управления документацией, соответствующий требованиям законодательства РК и включающий следующее:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) утвержденную номенклатуру дел с указанием сроков хранения;</li><li>2) файлы/папки во всех отделениях сводятся в единую номенклатуру;</li><li>3) документы хранятся в папках в соответствии с номенклатурой дел.</li></ol>
7.7	<p>Внутренние документы, регулирующие деятельность организации:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) утверждены и подписаны ответственным лицом;</li><li>2) имеют дату ввода и сроки действия;</li></ol>

	<p>3) обновляются по потребности;</p> <p>4) контролируются на своевременность выполнения ответственными лицами.</p>
7.8	<p>Медицинские записи о пациентах:</p> <p>1) защищены от потери, уничтожения, искажения и неправомерного доступа или использования;</p> <p>2) доступны только уполномоченному персоналу;</p> <p>3) удобны для доступа, но с соблюдением конфиденциальности;</p> <p>4) не должны выноситься из помещения без специального разрешения.</p>
7.9	<p>Медицинская документация архивируется:</p> <p>1) в соответствии с документированной процедурой по архивированию документов, их передаче в архив и правилами получения документов из архива;</p> <p>2) под руководством ответственного лица;</p> <p>3) помещение архива находится в защищенном от доступа посторонних лиц месте и оборудовано стеллажами (шкафами);</p> <p>4) и выписки из амбулаторных карт предоставляются только определенным лицам по запросу.</p>
<p><b>8.0 УПРАВЛЕНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ</b>  <b>Эффективное планирование и управление человеческими ресурсами повышает производительность труда персонала и является инструментом в достижении медицинской организацией поставленных целей и задач.</b></p>	
8.1	<p>В медицинской организации используется документированный процесс для определения:</p> <p>1) уровня укомплектованности персонала, необходимого для выполнения планируемых объемов услуг и работ;</p> <p>2) уровня требуемого стажа и опыта;</p> <p>3) наиболее эффективной и рациональной структуры профилей и должностей персонала.</p>
8.2	<p>Медицинская организация разрабатывает и использует политику и процедуры по управлению штатом, включающую назначение, отбор, обучение, оценку, поощрение, сохранение и привлечение компетентного штата в целях выполнения поставленных задач по оказанию медицинских услуг.</p>
8.3	<p>Доступность специалистов и структура профессиональных навыков персонала:</p> <p>1) соответствуют функциям каждого подразделения;</p> <p>2) пересматриваются ежегодно при планировании или по потребности.</p>
8.4	<p>На все штатные должности разработаны должностные инструкции, которые утверждены руководством медицинской организации. Должностные инструкции доступны каждому сотруднику и включают:</p> <p>1) квалификацию, навыки, подготовку, опыт работы, требуемые для занятия штатной должности;</p> <p>2) функциональные обязанности;</p> <p>3) подотчетность;</p> <p>4) сроки пересмотра.</p>

8.5	<p>Назначение/прием на должность производится:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) подписанием контракта между работником и организацией;</li> <li>2) в соответствии с требованиями, изложенными в должностной инструкции;</li> <li>3) в соответствии с трудовым законодательством и обеспечением равных возможностей трудоустройства.</li> </ol>
8.6	<p>До назначения/приема специалиста, допущенного к клинической практике медицинская организация:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) проводит оценку его клинических знаний и навыков;</li> <li>2) проводит проверку предоставленной первичной документации (дипломы, сертификаты);</li> <li>3) оформляет личное дело с указанием послужного списка, трудового стажа и опыта работы.</li> </ol>
8.7	<p>Каждый сотрудник имеет подписанный оригинал своей должностной инструкции, копия которой имеется в отделе кадров.</p>
8.8	<p>Каждый сотрудник проходит инструктаж для ознакомления с медицинской организацией, ее целями и задачами, а также со своими должностными обязанностями, в соответствии с документированной программой введения в должность.</p>
8.9	<p>Персонал в медицинской организации идентифицируется посредством:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ношения специального медицинского обмундирования;</li> <li>2) униформы для технических работников;</li> <li>3) бейджей с указанием фамилии, имени, отчества и занимаемой должности.</li> </ol>
8.10	<p>В медицинской организации существует ежегодно проводимая процедура оценки результатов работы специалистов на предмет:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) соответствия целям и задачам, указанным в должностных инструкциях;</li> <li>2) определения достижений и нуждающихся в повышении квалификации;</li> <li>3) процедура документируется и подписывается сотрудником и руководителем подразделения;</li> <li>4) подшивается к личному делу.</li> </ol>
8.11	<p>В медицинской организации существует механизм мониторинга деятельности всего клинического персонала, который включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) мониторинг того, что клинический персонал имеет достаточную непрерывную клиническую практику для сохранения своей компетентности;</li> <li>2) реагирование на проблемы, связанные с компетентностью персонала, посредством дополнительного наставничества, обучения или других процедур;</li> <li>3) мониторинг того, что клинический персонал занимается клинической деятельностью в рамках своих полномочий и компетенций;</li> <li>4) регулярную проверку сведений о профессиональной квалификации и компетенций сотрудников.</li> </ol>

8.12	Составляется бюджет и ежегодный план по повышению квалификации специалистов на основе: 1) анализа потребностей в дополнительной подготовке сотрудников; 2) анализа потребностей медицинской организации, связанных с оказанием услуг.
8.13	В медицинской организации имеется политика непрерывного профессионального образования, предусматривающая: 1) регулярное повышение квалификации специалистов (не реже 1 раза в пять лет); 2) средства для повышения квалификации.
8.14	Существует полная документированная информация о каждом сотруднике организации, включая записи об обучении, которая относится к конфиденциальной и хранится в защищенном месте.
8.15	В медицинской организации проводится анализ ключевых показателей, таких как, отсутствие на работе без уважительной причины, текучесть кадров, результаты которых используются для улучшения.

## РАЗДЕЛ С «УПРАВЛЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТЬЮ»

<b>9.0 БЕЗОПАСНОСТЬ ЗДАНИЙ</b>	
<b>Окружающая среда медицинской организации является безопасной и комфортной для пациентов и персонала.</b>	
9.1	Здания медицинской организации 1) отвечают потребностям в площади и расположении подразделений при предоставлении услуг пациентам в повседневной работе и во время чрезвычайных ситуаций; 2) регулярно ремонтируются; 3) отвечают требованиям строительных норм и правил; 4) отвечают требованиям санитарных норм и правил.
9.2	В медицинской организации принимаются меры по обеспечению безопасности в соответствии с письменной политикой и процедурами, с целью защиты: 1) персонала, работающего в одиночку или в изолированном помещении; 2) пациентов, посетителей и персонала от угрозы физического насилия и потери имущества в дневное и ночное время; 3) лекарственных средств от краж и хищений; 4) здания, оборудования и имущества от повреждения или утери.
9.3	По всей территории медицинской организации на видных местах установлены легко читаемые информационные знаки по технике безопасности, включая знаки: 1) направлений; 2) запрета курения; 3) запретных зон и прочих предупреждений; 4) опасности радиоактивного излучения в помещении;

	<p>5) противопожарного оборудования;</p> <p>6) схем эвакуации при чрезвычайных ситуациях;</p> <p>7) указателей ближайшего выхода.</p>
9.4	<p>Территория медицинской организации обслуживается в должном объеме и соответствует транспортным требованиям:</p> <p>1) имеются свободные подъездные пути;</p> <p>2) отведено парковочное место для автомобилей медицинской организации, автомобилей пациентов и посетителей;</p> <p>3) оснащенный гараж для парковки автомобилей медицинской организации при потребности;</p> <p>4) соответствующее место для проведения ремонта автомобилей.</p>
9.5	<p>В медицинской организации имеется возможность передвижения пациентов и посетителей с ограниченными физическими возможностями, и перемещения грузов:</p> <p>1) обеспечение работающих пассажирских лифтов в зданиях, состоящих из трех и более этажей, служебных лифтов в лечебные отделения выше второго этажа или выше;</p> <p>2) пандус, подходящий для детских колясок, инвалидных кресел, каталок и тележек.</p>
9.6	<p>Медицинская организация имеет функционирующие водопроводные и канализационные системы, отвечающие требованиям санитарно-гигиенических норм и правил:</p> <p>1) бесперебойная подача холодной и горячей воды, доступная в местах нахождения пациентов и в других служебных зонах;</p> <p>2) функционирующая канализационная и дренажная система.</p>
9.7	<p>Окружающая обстановка в медицинской организации способствует комфорту и безопасности персонала и пациентов посредством:</p> <p>1) естественной вентиляции при помощи вытяжки воздуха, открывания окон и/или искусственной – приточно-вытяжной;</p> <p>2) функционирующей системы центрального или местного отопления равномерно во всех помещениях в холодное время года;</p> <p>3) адекватного естественного освещения в местах нахождения пациентов;</p> <p>4) наличия адекватного искусственного освещения, в местах, где отсутствует естественное освещение.</p>
<p><b>10.0 УПРАВЛЕНИЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМИ СИТУАЦИЯМИ И ПРОТИВОПОЖАРНОЙ БЕЗОПАСНОСТЬЮ</b></p> <p><b>Медицинская организация сводит к минимуму риски возникновения пожара и готова к чрезвычайным и критическим ситуациям.</b></p>	
	<p>Медицинская организация разрабатывает детальный план мероприятий на случай пожара или иной чрезвычайной ситуации, который включает:</p> <p>1) ответственность за управление и координирование мер</p>

10.1	экстренного реагирования; 2) процесс уведомления аварийных служб и персонала; 3) систему экстренной связи; 4) процедуру эвакуации людей из здания в случае необходимости.
10.2	Персонал проходит ежегодное обучение в соответствии с планом реагирования при ЧС, включая процедуры ориентации персонала при эвакуации, и участвует в мероприятиях по учебной тревоге.
10.3	Медицинская организация разрабатывает и согласует с государственными службами ЧС и ГО, местными органами здравоохранения и другими службами план действий в случае возникновения ЧС, например: стихийные бедствия, массовый травматизм, вспышка заболеваний или военная агрессия, включающий: а) экстренное реагирование при возникновении ЧС; б) координация ЧС с множественными жертвами.
10.4	Медицинская организация планирует и проводит учения в целях обеспечения непрерывности деятельности и коммуникаций в случаях: 1) сбоя оборудования на подстанции или в салоне санитарной машины; 2) неисправностей санитарного транспорта по пути следования на место вызова и обратно; 3) сбоя электроэнергии и телефонной линии; 4) недоступности центрального пункта (диспетчерская).
10.5	Системы жизнеобеспечения защищены резервным генератором и достаточной подачей бесперебойной электроэнергии.
10.6	Медицинская организация снижает риск возникновения пожара путем: 1) использования огнестойких строительных материалов, таких как огнестойкая краска и мебель; 2) обеспечения запасных путей эвакуации, таких как лестницы внутри здания и внешние пожарные лестницы; 3) обеспечения оборудованием пожаротушения (гидранты, пожарные шланги, огнетушители, системы автоматического водяного пожаротушения.), расположенного в соответствующих местах и обозначенных надлежащим образом; 4) установки системы пожарной сигнализации и системы оповещения; использования техники и устройств, для ограничения распространения пожара (противопожарные барьеры, противопожарные стены, пожарные двери и аварийные выключатели.).
10.7	Системы аварийной сигнализации: 1) должны находиться в состоянии готовности и быть способными издавать звуковые сигналы, слышимые на необходимом расстоянии и заглушающие остальной шум; 2) имеют необходимые настройки, содержатся в рабочем состоянии, тестируются в соответствии с программой планово-предупредительного технического обслуживания, полученные данные документируются.

10.8	<p>Воспламеняющиеся вещества, газовые баллоны и другие потенциально опасные материалы и химические вещества хранятся и используются в соответствии с инструкциями по безопасности, и включают:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) систематическую сортировку и маркировку;</li> <li>2) запираение помещений и обеспечение герметичности;</li> <li>3) запираение контейнеров для хранения газовых баллонов или наличие ограждения, с целью недопущения посторонних лиц;</li> <li>4) хранение на уровне пола на специализированных поддонах.</li> </ol>
<p><b>11.0 БЕЗОПАСНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБОРУДОВАНИЯ И РАСХОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ</b></p>	
<p><b>Медицинская организация использует безопасные транспортные средства, оборудование, расходные материалы и медицинские приборы эффективно и рационально.</b></p>	
11.1	<p>Медицинская организация планирует закупки, модернизацию и замену транспортных средств, медицинских приборов и оборудования:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) для обеспечения планируемых услуг;</li> <li>2) для реагирования при чрезвычайных ситуациях с помощью имеющегося резерва;</li> <li>3) с целью обеспечения бесперебойной работы всех приборов и оборудования.</li> </ol>
11.2	<p>Внедрена программа профилактического технического обслуживания и ремонта приборов и оборудования, включающая:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) наличие графика планового испытания, осмотра, технического обслуживания и ремонта;</li> <li>2) наличие инструкций на основе руководств по эксплуатации производителя, соответствующих стандартов по эксплуатации электрических приборов и оборудования, стандартов по обращению с опасными веществами и стандартов безопасности услуг;</li> <li>3) выполнение калибровки в соответствии с требованиями;</li> <li>4) соблюдение требований законодательства и местных органов власти.</li> </ol> <p>Примечание: Программа охватывает оборудование для диагностики и лечения пациентов, работу электрических, канализационных, отопительных, вентиляционных систем и их компонентов.</p>
11.3	<p>Организация содержит транспортные средства в надлежащем состоянии, посредством:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) проведения сервисного обслуживания и профилактического осмотра в соответствии с рекомендациями производителя;</li> <li>2) обеспечения чистоты и рабочего состояния транспортных средств во время их эксплуатации;</li> <li>3) регулярной проверки транспортных средств на выявление дефектов, которые могут привести к травмам и несчастным случаям;</li> <li>4) выявления и устранения неисправностей транспортных средств.</li> </ol>
<p>Имеется процедура обнаружения и оповещения выявленных дефектов и неисправностей транспортных средств и оборудования, включающая:</p>	

11.4	<p>1) ведение журнала регистрации дефектов и неисправностей;</p> <p>б) общепринятый бланк для подачи заявки персоналом на ремонт или замену транспортного средства или оборудования;</p> <p>2) достаточное количество расходных материалов для проведения технического обслуживания и мелкого ремонта;</p> <p>3) регулярный пересмотр запасных частей и деталей;</p> <p>4) решения по списанию и утилизации не подлежащего ремонту или устаревшего оборудования и транспортных средств, в соответствии с установленными критериями;</p> <p>5) мониторинг и документирование всех заявок по ремонту, выполненных работ, произведенных закупок и время их выполнения.</p>
11.5	<p>Имеются в наличии письменные договора с подрядчиками, обеспечивающими поставки, технические услуги, услуги управления отходами, профилактическое техническое обслуживание и ремонт медицинского и электрооборудования, в которых:</p> <p>1) установлены обязанности обеих сторон и требования к безопасности и качеству;</p> <p>2) указаны дата поставки, стоимость;</p> <p>3) содержатся условия, используемые для контроля выполнения работ подрядчиками.</p>
11.6	<p>Медицинская организация обеспечивает безопасную и правильную эксплуатацию оборудования и транспортных средств посредством того, что:</p> <p>1) все сотрудники, эксплуатирующие как новые, так и имеющиеся оборудование и медицинские приборы, проходят обучение по безопасной эксплуатации и техническому обслуживанию;</p> <p>2) того, что к эксплуатации специализированным оборудованием (например, дефибрилляторы, ЭКГ аппараты и электрические насосы, респираторы и др.) допускаются квалифицированные специалисты, имеющие необходимые знания, навыки и свидетельства;</p> <p>3) имеется в наличии и доступны для персонала правила по технике безопасности и инструкции по диагностическому и другому медицинскому оборудованию.</p>
<b>Поставки</b>	
11.7	<p>Внедрена и используется система управления материалами, которая обеспечивает:</p> <p>1) оценку потребностей в клинических и неклинических материалах для каждого транспортного средства и выездной бригады;</p> <p>2) установление уровней запасов для удовлетворения оцененных потребностей и уровня, который обеспечивает наличие материалов при минимизации запасов материальных средств и расходов на обработку;</p> <p>3) каждый прием и отпуск материалов должен фиксироваться, и должен проводиться мониторинг уровня запасов;</p> <p>4) белье и другой мягкий инвентарь должны быть в надлежащем состоянии;</p> <p>5) материалы должны меняться в соответствии с требованиями НПА;</p>

	б) материалы должны храниться на полках, в сухих и безопасных условиях.
11.8	Обеспечение моющими, дезинфицирующими средствами и антибактериальным гелем для рук способствует эффективному соблюдению санитарных требований и профилактике заболеваний.
<b>Фармацевтические поставки</b>	
11.9	<p>Лекарственные средства и изделия медицинского назначения приобретаются, исходя из конкретных критериев, что включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) области предоставляемых услуг и установленных потребностей пациентов;</li> <li>2) необходимые лекарственные препараты в соответствии с утвержденным перечнем жизненно важных лекарственных средств;</li> <li>3) потребности в специальных лекарственных средствах и изделиях медицинского назначения, запасы которых не предусмотрены;</li> <li>4) способ транспортировки.</li> </ol>
11.10	<p>Структурное подразделение по лекарственному обеспечению использует систему управления запасами, которая включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) список запасов в соответствии с утвержденными нормами для всех отделений и санитарного автотранспорта;</li> <li>2) использование системы резервного запаса (наличие минимального объема запасов);</li> <li>3) наличие лекарственных средств и изделий медицинского назначения в случае чрезвычайной ситуации, немедленно восполняемых после использования;</li> <li>4) проверку качества, количества, номера партии, даты производства и срока годности приобретенных лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения при проведении приема;</li> <li>5) наличие автоматизированной системы учета для управления запасами и контроля истечения срока годности.</li> </ol>
11.11	<p>Медикаменты хранятся в безопасных и надлежащих условиях в соответствии с групповой принадлежностью:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) защищены от неблагоприятного воздействия света, влаги и экстремальных температур;</li> <li>2) защищены от вредителей;</li> <li>в) при достаточной вентиляции;</li> <li>3) безопасно транспортируются во избежание проливания и повреждения.</li> </ol>
11.12	<p>Весь санитарный автотранспорт и подстанции скорой помощи обеспечиваются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аптечкой с медикаментами, инструментами и лекарственными препаратами для оказания помощи при анафилактическом шоке и оказания другой экстренной медицинской помощи;</li> <li>2) инструкцией по оказанию экстренной медицинской помощи. См. приложение 1 «Список оборудования и материалов для машин скорой помощи».</li> </ol>

12.0	<p><b>ЗДОРОВЫЕ УСЛОВИЯ ТРУДА</b>  <b>Программа гигиены труда персонала способствует безопасным и здоровым рабочим условиям.</b></p>
12.1	<p>Существует программа гигиены труда и здоровья персонала с документированным процессом рассмотрения вопросов, связанных с условиями профессиональной деятельности и поддержкой здоровья персонала, которая включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) биологический скрининг и профилактику риска профессионального заражения крови и жидких компонентов организма от вирусов, таких как гепатиты А, В и С;</li> <li>2) обеспечение механическими подъемными устройствами и обучение персонала методам обращения с ними;</li> <li>3) профилактику получения травм иглой и повреждения глаз;</li> <li>4) контроль радиационной безопасности;</li> <li>5) реабилитацию персонала после болезни или травмы для скорейшего возвращения на рабочее место;</li> <li>6) обеспечение удобным рабочим местом, рабочими станциями и обучение приемам снижения утомляемости для профилактики получения травм.</li> </ol>
12.2	<p>Медицинская организация предоставляет средства и услуги для обеспечения здоровья сотрудников, включающая:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аптечки оказания первой помощи;</li> <li>2) срочный осмотр и лечение производственной травмы, включая уколы от неосторожного обращения с иглами и повреждения глаз;</li> <li>3) контроль рабочей нагрузки и психологическая поддержка для минимизации стресса и его контроля;</li> <li>4) процесс клинического консультирования бригад, который включает в себя обсуждение критической ситуации в случае необходимости.</li> </ol>
12.3	<p>Сотрудники обучаются правилам техники безопасности и ответственности за свое здоровье и безопасность, включая:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) стратегии и процедуры по обеспечению охраны труда и безопасности на рабочем месте;</li> <li>2) выявление и управление рисками на рабочем месте;</li> <li>3) выявление и сообщение о происшествиях, авариях и несчастных случаях, в которых пациенты, персонал или кто-либо еще были травмированы или могли быть травмированы на рабочем месте либо при исполнении служебных обязанностей.</li> </ol>
12.4	<p>Медицинская организация ежегодно оценивает удовлетворенность сотрудников условиями труда, гарантируя что:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) персонал будет ознакомлен с результатами проведенного исследования</li> <li>2) будут приняты меры по результатам выявленных проблем.</li> </ol>
<p><b>Управление рисками</b></p>	
12.5	<p>Каждое подразделение использует системный процесс, чтобы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) выявлять и вести документальный учет фактических и потенциальных рисков (не менее одного раза в год);</li> <li>2) оценивать степень и последствия выявленных рисков и ранжировать их по степени представляемых угроз;</li> </ol>

	3) применить надлежащий контроль по каждому значимому риску путем ее устранения, изоляции, с целью снижения риска или сведения к минимуму его воздействия.
12.6	Персонал рассматривает значимые риски, которые были изолированы или минимизированы, но не устранены в установленные сроки для выявленных рисков.
12.7	Информация об актуальных вопросах здоровья и безопасности персонала, включая информацию о рисках, вывешены на видном месте и доведены до сведения персонала и сотрудников, работающих на договорной основе.
12.8	Персоналу, который подвергается потенциальным опасностям при выполнении своих служебных обязанностей, предоставляется соответствующая защитная одежда и снаряжение (спецодежда, фартуки, маски, перчатки, головные уборы, защитные очки).
<b>Инциденты, несчастные случаи и неблагоприятные события</b>	
12.9	Информация об инцидентах, несчастных случаях и неблагоприятных событиях, в том числе о потенциально опасных происшествиях и возникших профзаболеваниях: 1) предоставляется в соответствующей форме, в установленные сроки, доступна; 2) записывается в медицинскую карту пациента или личное дело сотрудника; 3) в случае аварии регистрируется в журнале аварийных ситуаций; 4) сообщается в соответствующие органы при получении серьезной травмы работника или пациента; 5) вносится в централизованный журнал регистрации инцидентов для последующего анализа; 6) оперативно расследуются согласно установленной процедуре.
12.10	Результаты расследования инцидентов, несчастных случаев и неблагоприятных событий: 1) проанализированы с целью выявления причины происшествия; 2) передаются соответствующей комиссии или подразделению, и используются для улучшения процессов или дополнительного обучения персонала; 3) доведены до сведения персонала, вовлеченного пациента или его семьи.
12.11	Данные об инцидентах, несчастных случаях и потенциально опасных происшествиях рассматриваются не реже одного раза в год с целью выявления тенденций, а информация предоставляется руководству и сотрудникам для возможности дальнейшего использования с целью предотвращения травматизма или вреда.
<b>13.0 ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ</b>	
<b>Организация проводит контроль и профилактику инфекционных заболеваний.</b>	
	Медицинская организация разрабатывает программу по инфекционному контролю:

13.1	<p>1) для профилактики и снижения распространения внутрибольничной инфекции;</p> <p>2) с привлечением различных специалистов к ее разработке и мониторингу;</p> <p>3) для всех структурных подразделений.</p>
13.2	<p>Надзор за программой инфекционного контроля осуществляется комиссией по инфекционному контролю, состоящей из представителей соответствующих структурных подразделений, имеющей четкий круг полномочий и ответственной за:</p> <p>1) разработку и мониторинг программы инфекционного контроля;</p> <p>2) утверждение и обзор всех политик и процедур по инфекционному контролю и проведение мероприятий;</p> <p>3) координацию всех мероприятий по инфекционному контролю;</p> <p>4) рассмотрение и анализ данных по инфекционному контролю не реже одного раза в год;</p> <p>5) принятие надлежащих мер при выявлении недостатков инфекционного контроля;</p> <p>6) оценку эффективности принятых мер.</p>
13.3	<p>Программа инфекционного контроля реализуется квалифицированными специалистами (медицинские сестры и/или врачи), в чьи должностные обязанности должны входить:</p> <p>1) реализация программы инфекционного контроля, учитывая рекомендации и замечания сотрудников и пациентов;</p> <p>2) реализация политик;</p> <p>3) обучение персонала;</p> <p>4) консультации по инфекционному контролю;</p> <p>5) разработка и применение методов контроля, включая обзор методов борьбы с инфекцией;</p> <p>6) предоставление отчетов и рекомендаций.</p>
13.4	<p>Проводится регулярный сбор, сравнение и анализ информации о выявленных случаях инфекций для оценки эффективности мероприятий и показателей по инфекционному контролю:</p> <p>1) результаты своевременно сообщаются в комиссию по инфекционному контролю и руководству клиники и соответствующим сотрудникам;</p> <p>2) используются стандартные определения для выявления и классификации случаев инфекции, показателей и результатов.</p>
13.5	<p>Проводятся регулярные обзоры клинических и параклинических практик для анализа рисков инфекции, методов инфекционного контроля и потребностей персонала в обучении, включающие:</p> <p>1) обходы;</p> <p>2) изучение амбулаторных карт пациентов, лабораторных отчетов и записей о назначении лекарственных средств;</p> <p>3) лабораторные анализы культур из взятых проб и смывов от намеченных участков с возможным риском инфекции;</p> <p>4) уведомления, выдаваемые медицинскому персоналу.</p>
	<p>В случае возникновения инфекции, персонал следует оформленным документально процессам, чтобы:</p> <p>1) незамедлительно выявить, отреагировать и локализовать инфекцию;</p> <p>2) изолировать инфицированных пациентов;</p>

13.6	<p>3) выявить источник и пути распространения инфекции, включая отслеживание всех контактов;</p> <p>4) проконсультироваться с государственными органами здравоохранения или специалистами по инфекционным заболеваниям;</p> <p>5) использовать результаты расследований, чтобы предотвратить повторное возникновение данной формы инфекции;</p> <p>6) сообщить в государственные органы здравоохранения.</p>
13.7	<p>Медицинский персонал работает с соответствующими инстанциями и общественностью для того, чтобы:</p> <p>1) незамедлительно выявить и отреагировать на присутствие новых и резистентных вирусов и бактерий;</p> <p>2) следовать стратегиям назначения антибиотиков, которые поддерживают осторожное их использование в лечении инфекций, включая ограничение использования антибиотиков широкого спектра действия.</p>
13.8	<p>Персонал регулярно проходит инструктаж и своевременно получает обновленную информацию по всем аспектам инфекционного контроля, касающуюся сферы их деятельности, включая:</p> <p>1) программу инфекционного контроля;</p> <p>2) тщательное мытье и дезинфекцию рук;</p> <p>3) стандартные предосторожности и процедуры относительно передачи инфекций;</p> <p>4) политики, процедуры, руководства и принципы инфекционного контроля.</p>
13.9	<p>Персонал, имеющий прямой контакт с пациентом моет и дезинфицирует руки:</p> <p>1) перед осмотром или лечением пациентов;</p> <p>2) после осмотра или лечения пациентов;</p> <p>3) после физического контакта с любыми материалами или оборудованием возможно зараженными биологическими жидкостями;</p> <p>4) после снятия перчаток.</p>
13.10	<p>Стандартные инструкции и диаграммы по мытью и дезинфицированию рук размещены во всех отделениях и в местах пребывания пациентов и над умывальниками.</p>
13.11	<p>Персонал следует документированным процедурам и графикам в целях:</p> <p>1) предоставления безопасной и соответственной очистки всех поверхностей;</p> <p>2) очистки, дезинфекции и стерилизации оборудования, материалов и медицинских приборов в соответствии с инструкциями производителя.</p>
13.12	<p>Коэффициент внутрибольничных инфекций:</p> <p>1) оценивается за определенный период времени</p> <p>2) анализируется для возможных действий</p> <p>3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.</p>
	<p>Коэффициент персонала, прошедшего обучение по гигиене рук:</p> <p>1) оценивается за определенный период времени;</p>

13.13	2) анализируется для возможных действий; 3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
13.14	Коэффициент реализации соответствующей практики гигиены рук в организации: 1) оценивается за определенный период времени; 2) анализируется для возможных действий; 3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
<b>Управление отходами</b>	
13.15	Помещения и санитарный автотранспорт должны содержаться чистыми и свободными от мусора и других отходов, а также иметь достаточное количество закрывающихся мусорных контейнеров для пациентов и персонала.
13.16	Отходы собираются, сортируются и хранятся по видам отходов в мусорных контейнерах, которые: 1) имеют четкую маркировку и разный цвет для разных видов отходов; 2) имеют плотно закрывающиеся крышки; 3) запираются, если в них клинические отходы; 4) регулярно опустошаются, очищаются и дезинфицируются; 5) расположены на платформах, удобных для выгрузки и погрузки мусора.
13.17	Персонал, имеющий дело с опасными материалами и отходами: 1) прошел надлежащий инструктаж, обучение и получил информацию о рисках, связанных с такой работой; 2) выполняет документально оформленные стратегии и процедуры в целях безопасного управления отходами; 3) снабжен защитной экипировкой и спецодеждой, соответствующей рискам.

#### Раздел D: ЛЕЧЕНИЕ И УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ

<b>14.0 ПРАВА ПАЦИЕНТА И СЕМЬИ</b> Медицинская организация защищает и обеспечивает права своих пациентов и их семей во время транспортировки, лечения и ухода.	
14.1	Информация о правах и обязанностях пациента и семьи размещена в служебных помещениях на государственном и русском языках и включает право пациента на: 1) достоинство и уважительное отношение; 2) свободу от притеснений, эксплуатации и физического насилия; 3) неприкосновенность частной жизни; 4) конфиденциальность и приватность информации; 5) охрану и безопасность; 6) полную информированность; 7) принятие информированного решения; 8) подачу жалобы/обращения.

14.2	<p>В медицинской организации имеется процедура:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) обучения персонала по правам пациента и семьи;</li> <li>2) мониторинга знаний и соблюдения персоналом прав пациента и семьи;</li> <li>3) неотложного и эффективного расследования и разрешения предполагаемых случаев нарушения прав пациента.</li> </ol>
14.3	<p>Медицинская организация обеспечивает приватность и конфиденциальность информации о пациенте путем:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) информирования персонала об ответственности за соблюдение конфиденциальности информации;</li> <li>2) обеспечение доступа к информации о пациентах только уполномоченным лицам или по запросу, имеющему законное обоснование;</li> <li>3) получения согласия пациентов на раскрытие их личной информации их семьям и другим организациям;</li> <li>4) предоставления пациентам возможности приватного общения с другими;</li> <li>5) обеспечения того, что пациенты получают консультацию и услуги конфиденциально;</li> <li>6) выполнения любого медицинского вмешательства только в присутствии тех лиц, которые необходимы для данного вмешательства, с согласия пациента и с учетом его пожеланий.</li> </ol>
<b>Информация для пациентов и получение их согласия</b>	
14.4	<p>Пациентам и их семьям предоставляется адекватная информация в доступной форме:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) о состоянии здоровья пациента;</li> <li>2) о предлагаемых анализах, лечении или транспортировке;</li> <li>3) о рисках и преимуществах любого лечения или процедур, связанных с высоким риском;</li> <li>4) о существующих альтернативах.</li> </ol>
14.5	<p>После представления информации необходимо получить согласие пациента в соответствии с НПА, заверенное его подписью:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) при первом контакте для проведения анализов, лечения или транспортировки;</li> <li>2) специально и отдельно для процедур, связанных с высоким риском или побочными эффектами;</li> <li>3) информированное согласие для таких процедур, как участие в клиническом исследовании, в тестировании лекарственных средств или новых медицинских технологий, документируется в карте вызова пациента.</li> </ol>
14.8	<p>Персонал руководствуется политикой и процедурами по обращению с пациентом при определенных состояниях его здоровья, имеющих критические сроки, что включает следующие пункты:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) когда следует начинать и останавливать реанимационные мероприятия;</li> <li>2) когда пациенты отказываются (при жизни) от проведения реанимации или от аппаратов по жизнеобеспечению;</li> <li>3) обращение с умершими пациентами;</li> <li>4) транспортировка потенциальных доноров органов с</li> </ol>

отсутствием признаков жизни (в соответствии с политикой уполномоченного органа);  
5) уважение выбора пациента и семьи о донации своих органов или других тканей.

#### **Порядок подачи обращений пациентом**

14.9 В организации существует и используется процесс получения обращений от пациентов и их семей относительно нарушения их прав, в котором:  
1) обеспечивается информирование пациентов и их семей о том, как подать обращение в организацию, а также в общество по защите прав пациента или в суд;  
2) упрощается процедура путем предоставления готовых бланков для обращений или принятия обращений в произвольном или устном виде;  
3) позволяет передать обращение ответственному лицу.

14.10 Существует документальный процесс сбора, приоритизации, расследования, а также справедливого и своевременного удовлетворения обращений, что включает следующее:  
1) письменное подтверждение (если по обращению еще не были приняты меры к удовлетворению пациента и его семьи);  
2) расследование обращений, опрос вовлеченных сотрудников;  
3) вынесение решения об обоснованном обращении;  
4) принятие мер при обоснованности обращений;  
5) информирование пациента и членов его семьи о ходе расследования через регулярные промежутки времени;  
6) информирование лица, подавшего обращение и других вовлеченных лиц о результате.

14.11 Обращения заносятся в журнал регистрации, мониторируется процесс работы с обращениями, и результаты используются для повышения качества.

#### **Отзывы пациентов**

14.12 Организация регулярно измеряет степень удовлетворенности пациентов и их семей услугами путем:  
1) предоставления информации по почтовому и электронному адресу для обратной связи с пациентами;  
2) ведения записи замечаний, пожеланий и благодарностей, полученных в письменном виде, по телефону или лично от пациентов;  
3) проведения анкетирования пациентов с целью определения удовлетворенности пациентов с учетом таких аспектов, как качество оказания услуг, работа персонала и система оплаты, где применимо;  
4) анализа данных и определения тенденций, которые используются для повышения качества.

#### **15.0 ДОСТУП К МЕДИЦИНСКОМУ ОБСЛУЖИВАНИЮ, ОЦЕНКА И ПЛАНИРОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ И УХОДА**

**Потребности пациента удовлетворяются своевременно, предоставляется обоснованная транспортировка, лечение и уход за пациентом.**

Доступность услуг медицинской организации для населения осуществляется путем:

15.1	<p>1) предоставления полной контактной информации справочным службам;</p> <p>2) информирования населения, соответствующих служб и других медицинских организаций о порядке получения скорой медицинской помощи в соответствии с категориями срочности;</p> <p>3) установления процессов реагирования на запросы общественности и СМИ;</p> <p>4) налаживания тесного взаимодействия с аварийными службами.</p>
15.2	<p>В первой точке контакта, пациент:</p> <p>1) проходит осмотр/обследование с целью оценки его состояния для определения приемлемости услуг организации;</p> <p>2) затем направляется или госпитализируется в более подходящую службу;</p> <p>3) получает необходимую ему помощь.</p>
15.3	<p>Процедура триажа (сортировки) либо осмотра на месте вызова осуществляется медицинским персоналом с использованием, при необходимости, утвержденных тестов, что включает:</p> <p>1) физический осмотр и сбор анамнеза заболевания;</p> <p>2) оценка физического, эмоционального и психического состояния пациента;</p> <p>3) документирование результатов осмотра и оценки на месте вызова или при транспортировке в карте вызова пациента с целью обеспечения доступности данных результатов для последующего осуществления ухода за пациентом.</p>
15.4	<p>Результаты осмотра используются для:</p> <p>1) приоритизации лечения в соответствии с неотложностью/экстренностью ситуации;</p> <p>2) выбора наилучших условий и места для осуществления лечения и ухода, например: ожоговое, родильное, хирургическое отделения и др.</p> <p>3) оценки потребности в дополнительных ресурсах и запроса при необходимости на месте инцидента;</p> <p>4) приоритизации пациента для транспортировки в надлежащую организацию здравоохранения;</p> <p>5) проведения оценки пациента на наличие показаний для лечения и транспортировки в соответствии с протоколами организации.</p>
15.5	<p>Лечение и транспортировка планируются:</p> <p>1) в соответствии с оценкой и неотложностью состояния пациента, на основании проведенного обследования;</p> <p>2) в соответствии с клиническими руководствами и протоколами, основанными на научных доказательствах;</p> <p>3) для вовлечения пациента и его семьи, по возможности с учетом их предпочтения и выбора.</p>
15.6	<p>Пациенты подвергаются повторному осмотру через определенные промежутки времени, требуемые состоянием пациента во время лечения и при транспортировке, с целью:</p> <p>1) определения их реакции на лечение и облегчения боли:</p>

	<p>2) планирования непрерывного лечения;</p> <p>3) результаты повторной оценки документируются в карте пациента.</p>
16.0	<p><b>ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ</b></p> <p>Своевременное и безопасное лечение и уход за пациентом предоставляются в соответствии с планом лечения и ухода за пациентом, и предоставление услуг завершается согласно плану.</p>
16.1	<p>Транспортировка, уход и лечение осуществляется в соответствии с планом ухода, клиническими руководствами и протоколами с учетом того, что:</p> <p>1) все вовлеченные лица в процесс осуществления лечения и ухода за пациентом ознакомлены с планом лечения и ухода;</p> <p>2) услуги оказываются своевременно и с согласованной периодичностью;</p> <p>3) используются надлежащие методы и оборудование.</p>
16.2	<p>Квалифицированные лица:</p> <p>1) несут ответственность за весь процесс лечения и ухода за пациентом на каждом его этапе;</p> <p>2) зарекомендовали себя как ответственные сотрудники;</p> <p>3) документируют весь процесс лечения и ухода в карте вызова пациента.</p>
16.3	<p>При осуществлении лечения и ухода за пациентами, имеющими высокий риск, персонал руководствуется политикой и процедурами, что включает:</p> <p>1) лечение и уход за пациентами в критическом состоянии;</p> <p>2) применение реанимационных пособий;</p> <p>3) уход за пациентами, которые подключены к аппаратам жизнеобеспечения или находятся в коме;</p> <p>4) уход за пациентами с инфекционными болезнями и пациентами с пониженным иммунитетом;</p> <p>5) использование механических средств удерживания/фиксации и уход за пациентами с такими средствами;</p> <p>6) уход за уязвимыми категориями пациентов (престарелые, инвалиды и дети).</p>
16.4	<p>Умеренная или глубокая седация и обезболивание проводится при необходимости, квалифицированным и обученным клиническим персоналом:</p> <p>1) с использованием соответствующего контрольного оборудования;</p> <p>2) мониторинг признаков жизнедеятельности: частота и ритм сердцебиения и пульсоксиметрия; частота дыхания и адекватность легочной вентиляции; артериальное давление;</p> <p>3) документирование результатов мониторинга.</p>
16.5	<p>При проведении инвазивных процедур:</p> <p>1) психологическое состояние пациента непрерывно мониторируется во время и сразу же после процедуры;</p> <p>2) информация о данных процедурах и лицах, проводивших их, а также полученные результаты фиксируются в карте вызова пациента.</p>

16.6	<p>Введение лекарственных препаратов:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) назначаются индивидуально для каждого пациента;</li> <li>2) фиксируется наименование лекарственного средства, доза и способ введения, в том числе введение каждой дозы;</li> <li>3) контролируется влияние лекарственных средств на пациента;</li> <li>4) побочные эффекты фиксируются в карте вызова пациента и своевременно доводятся до сведения ответственных лиц, с использованием установленного процесса.</li> </ol>
16.7	<p>Динамика состояния пациента в достижении целей и ожидаемых результатов в его плане лечения:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) регулярно отслеживается в координации с пациентом и его семьей;</li> <li>2) измеряется с использованием количественных и качественных методов оценки;</li> <li>3) заносится в медицинскую карту пациента.</li> </ol>
16.8	<p>План лечения и ухода пересматривается в соответствии с результатами повторной оценки и прогресса достижения ожидаемых результатов и:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) обновляется категория срочности в соответствии с состоянием пациента;</li> <li>2) при необходимости пересматриваются цели и ожидаемые результаты, схемы и сроки лечения.</li> </ol>
<b>Окончание обслуживания</b>	
16.9	<p>Документированный процесс для перемещения пациентов из места вызова в медицинскую организацию, между организациями или в определенных случаях домой, соблюдается персоналом, и:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) основан на потребностях пациента в получении непрерывного лечения и ухода;</li> <li>2) рассматривает передачу ответственности на другую медицинскую организацию или в другие условия;</li> <li>3) включает критерии целесообразности перемещения;</li> <li>4) определяет ответственное лицо во время перемещения;</li> <li>5) включает соответствующего квалифицированного сотрудника, проводящего мониторинг состояния пациента;</li> <li>6) определяет, когда перемещение не возможно.</li> </ol>
16.10	<p>Непрерывность ухода поддерживается во время доставки/транспортировки пациента в медицинскую организацию, посредством:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) предоставления всей информации и подкрепляющей сопроводительной документации пациента для принимающей организации здравоохранения;</li> <li>2) заблаговременное оповещение принимающей организации здравоохранения о прибытии или передаче всех пациентов, находящихся в предсмертном состоянии;</li> <li>3) предоставления принимающей медицинской организации устной информации о пациенте медицинским персоналом, подкрепленной сопроводительным листом к карте вызова пациента, содержащей: причину госпитализации; личную информацию о пациенте; признаки и симптомы;</li> </ol>

	<p>анамнез заболевания и аллергический анамнез; наблюдения и основные показатели состояния организма/записи; примененные лекарственные средства и лечение, результаты лечения; состояние пациента во время перемещения.</p>
16.11	<p>Во время передачи пациента в другую организацию здравоохранения, бригада скорой помощи забирает от направляющей организации клиническое резюме или выписку из медицинской документации, которая:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) передается вместе с пациентом и</li> <li>2) содержит информацию о: состоянии пациента; проведенных процедурах и вмешательствах; потребности пациента в непрерывном уходе.</li> </ol>
16.12	<p>Персонал удовлетворяет потребности умирающих пациентов посредством:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) помощи в управлении их болью и симптомами;</li> <li>2) осуществления ухода с уважением и состраданием;</li> <li>3) работы совместно с другими специалистами и организациями здравоохранения, вовлеченными в процесс ухода за пациентом;</li> <li>4) уважительного отношения к решениям пациента;</li> <li>5) принятия во внимание их духовных и культурных потребностей;</li> <li>6) понимания политики организации в отношении приостановки услуг по реанимации или воздержания, и приостановки лечения по поддержанию жизнедеятельности;</li> <li>7) обеспечения поддержки пациентов и семей.</li> </ol>
16.13	<p>Организация разрабатывает и внедряет определенный протокол по обращению с пациентом, скончавшимся на месте инцидента или во время его транспортировки в машине скорой помощи, в котором оговаривается:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) кто имеет право признать смерть пациента;</li> <li>2) можно ли перевозить умершего пациента.</li> </ol>
16.14	<p>Решение о лечении и транспортировке, или решение об отсутствии показаний для лечения и транспортировки пациента, принимаются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) на основании критериев организации и путем обучения персонала;</li> <li>2) путем подтверждения того, что пациент дееспособен и понимает свои потребности в уходе;</li> <li>3) путем обеспечения физической и клинической безопасности пациента.</li> </ol>
16.15	<p>Коэффициент неблагоприятных явлений при транспортировке пациентов между медицинскими учреждениями:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оценивается за определенный период времени;</li> <li>2) анализируется для возможных действий;</li> <li>3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.</li> </ol>
	<p>Коэффициент ошибок при проведении реанимационных мероприятий:</p>

16.16	<p>1) оценивается за определенный период времени;</p> <p>2) анализируется для возможных действий;</p> <p>3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.</p>
16.17	<p>Коэффициент ошибок, связанных с анестезией или седацией:</p> <p>1) оценивается за определенный период времени;</p> <p>2) анализируется для возможных действий;</p> <p>3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.</p>
<p><b>17.0 КАРТА ВЫЗОВА</b>  <b>Медицинская карта вызова пациента содержит действительные, точные и всесторонние данные по обеспечению безопасного и непрерывного лечения и ухода.</b></p>	
17.1	<p>Персонал следует документированному процессу управления медицинскими записями о пациентах, включающему:</p> <p>1) запись информации, включая присвоение пациентам уникального идентификатора;</p> <p>2) использование только общеизвестных символов и сокращений;</p> <p>3) поддержание стандартного формата с целью облегчения поиска информации в медицинских записях;</p> <p>4) определение минимального содержания медицинской карты;</p> <p>5) своевременное оформление медицинской документации медицинскими сотрудниками;</p> <p>6) хранение, защиту, восстановление и архивирование медицинской документации пациента.</p>
17.2	<p>У каждого пациента имеется единая медицинская карта вызова со всей информацией от мультидисциплинарной бригады, в хронологическом порядке, благодаря которой возможна эффективная коммуникация и преемственность оказания медицинской помощи, что включает:</p> <p>1) лечить и оставить на месте вызова при отсутствии показаний для дальнейшего лечения и транспортировки;</p> <p>2) описание физического и клинического состояния пациента;</p> <p>3) определение способности пациента принимать адекватные решения;</p> <p>4) проведенное лечение;</p> <p>5) необходимость в последующем наблюдении, если требуется;</p> <p>6) варианты последующего наблюдения, в том числе повторно связаться с бригадой скорой помощи;</p> <p>7) причина не лечения или незавершенного лечения.</p>
17.3	<p>Все записи в карте вызова пациента, включая изменения, вносятся только лицами, уполномоченными организацией:</p> <p>1) разборчивы;</p> <p>2) на бумаге или в электронной форме;</p> <p>3) объективны и основаны на фактах, с использованием признанных аббревиатур;</p> <p>4) датированы и своевременны;</p> <p>5) подписаны, с указанием имени и должности;</p> <p>6) включают время соответствующих событий.</p>

17.4	В карте вызова четко отражены записи, предупреждающие персонал о неблагоприятном фоне у пациента, таком как аллергический анамнез, неблагоприятные реакции на лекарственные средства, радиоактивная опасность и риск заражения.
17.5	В карте вызова пациента (приложение 2) должно быть свидетельство о реализации плана лечения и ухода за пациентом в соответствии с протоколом/алгоритмом диагностики и лечения, включающее: 1) наблюдение и результаты мониторинга; 2) детали и результаты вмешательств; 3) предоставленная информация и полученное согласие; 4) любые изменения в состоянии пациента; 5) реакции на лечение и уход; 6) любые потенциально опасные происшествия, инциденты или неблагоприятные события, например, побочные эффекты лекарственных препаратов.
17.6	В медицинской карте вызова пациента должна быть сохранена копия информации о медицинских услугах, 1) предоставленных и полученных от других медицинских организаций после направления и транспортировки пациентов или 2) по завершению обслуживания пациента.
17.7	Регулярные проверки медицинской карты запланированы и проводятся в целях рассмотрения полноты, точности и своевременного заполнения информации.
17.8	Коэффициент ошибок, связанных с медицинской документацией пациентов: 1) оценивается за определенный период времени; 2) анализируется для возможных действий; 3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
17.9	Коэффициент проведенных аудитов (службой внутреннего аудита): 1) оценивается за определенный период времени; 2) анализируется для возможных действий; 3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
17.10	Коэффициент идентификации пациентов: 1) оценивается за определенный период времени; 2) анализируется для возможных действий; 3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
<b>18.0 КАЧЕСТВО ЛЕЧЕНИЯ И УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ</b> Организация постоянно отслеживает, оценивает и улучшает свои клинические процессы и результаты, а также процессы и результаты, связанные с уходом за пациентом.	
18.1	По всем лечебно-профилактическим процедурам имеются стандартные процедуры, клинические руководства, протоколы и алгоритмы, которые: 1) разрабатываются на основании научных исследований и доказательств;

	<p>2) утверждаются руководителем медицинской организации;</p> <p>3) используются для обучения и проведения аттестации персонала по выполнению процедуры;</p> <p>4) выполняется назначенным персоналом.</p>
18.2	<p>Проверяется клиническое качество, а также результаты, примененные для улучшения путем использования:</p> <p>1) графика экспертиз медицинских карт больного для оценки соответствия стандартам, стратегиям и процедурам;</p> <p>2) разбора случаев, подлежащих обязательной экспертизе в соответствии с нормативными актами.</p>
18.3	<p>Лечение и уход за пациентом отслеживается наряду с результатами, используемыми для улучшения, по крайней мере, для следующих аспектов:</p> <p>1) время реагирования на вызов;</p> <p>2) время реагирования машины скорой помощи;</p> <p>3) оценка пациента;</p> <p>4) инвазивные процедуры;</p> <p>5) использование анестезии, седативных средств и других процессов, связанных с высоким риском;</p> <p>6) введение кровезаменителей;</p> <p>7) наличие, содержание и использование медицинской карты вызова пациента;</p> <p>8) инфекционный контроль, наблюдение и отчетность;</p> <p>и) ошибки в назначении лекарственных препаратов и неблагоприятные реакции на лекарства, повторные звонки от одного и того же пациента в течение дня, что указывает на несвоевременное реагирование на вызов и неадекватное лечение пациента.</p>
18.4	<p>Внедрен процесс по выявлению ошибок при назначении лекарственных препаратов и информирования о неблагоприятных событиях при использовании лекарственных средств:</p> <p>1) информация своевременно сообщается в соответствии с установленной процедурой;</p> <p>2) анализ полученных данных используется для улучшения качества с целью снижения уровня ошибок при назначении и использовании лекарственных препаратов</p>
18.5	<p>В медицинской организации создана формулярная комиссия в целях проверки эффективности и мониторинга использования лекарственных препаратов в лечении пациентов.</p>
18.6	<p>Индикаторы эффективности по ключевым клиническим процессам и процесса ухода за пациентами, таких как, время ожидания, процент повторных вызовов, ошибки в назначении лекарственных препаратов, уровни инфекции:</p> <p>1) определяются на непрерывной основе;</p> <p>2) измеряются с согласованной частотой;</p> <p>3) сообщаются в соответственные комитеты, а также менеджерам и персоналу;</p> <p>4) там, где это возможно, они сравниваются с исходными данными с течением времени и среди подобных услуг;</p> <p>5) а также используются для повышения качества.</p>

18.7	<p>Коэффициент ошибок при применении лекарственных препаратов (неверное лекарство, неверная доза, неверное введение):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оценивается за определенный период времени;</li> <li>2) анализируется для возможных действий;</li> <li>3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.</li> </ol>
------	--

## РАЗДЕЛ Е: СПЕЦИАЛЬНЫЕ СЛУЖБЫ

<p><b>19.0 КОММУНИКАЦИОННЫЕ ЦЕНТРЫ НЕОТЛОЖНОЙ/СКОРОЙ ПОМОЩИ</b>  <b>Коммуникационные центры неотложной/скорой медицинской помощи эффективно поддерживают реагирование службы скорой/неотложной помощи на инциденты и необходимость транспортировки пациентов.</b></p>	
19.1	<p>Организация разрабатывает и регулярно проводит мониторинг плана, который включает в себя:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) идентификацию областей реагирования и наличия средств реагирования;</li> <li>2) охватывание периодов максимальной нагрузки;</li> <li>3) реагирование на инциденты с большим количеством жертв и катастрофы;</li> <li>4) координацию критических инцидентов;</li> <li>5) предоставление исчерпывающей интегрированной 24-часовой коммуникационной системы.</li> </ol>
19.2	<p>План включает в себя определенный процесс для того, чтобы четко категорировать вызовы согласно уровню реагирования и категории срочности и:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) разрабатывается коммуникационным центром для каждого запроса на услугу;</li> <li>2) категоризирует все вызовы службы (на этапе диспетчера «103»);</li> <li>в) предоставляется в единый общественный диспетчерский пункт реагирования;</li> <li>3) подвергается мониторингу.</li> </ol>
19.3	<p>План включает в себя стандарты по времени реагирования, которые:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) соответствуют законодательству и нормативам;</li> <li>2) охватывают различные области предоставления услуг;</li> <li>3) охватывают различные диспетчерские категории;</li> <li>4) охватывают время ожидания вызова;</li> <li>5) подвергаются мониторингу с использованием единых часов либо регулярно синхронизированных часов.</li> </ol>
19.4	<p>Коммуникационный центр использует процесс для получения и документирования информации о заявках на предоставление услуг, который включает в себя фиксирование:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) номера телефона для обратной связи с вызывающим лицом;</li> <li>2) адреса инцидента или необходимой услуги;</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3) повода для вызова или сути запроса или жалобы;</li> <li>4) того, что запрос является экстренным или неотложным;</li> <li>5) инструкций;</li> <li>6) необходимости содействия от любой другой организации.</li> </ul>
19.5	<p>Прямые, срочные коммуникации поддерживаются постоянно между:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) диспетчером и звонящим лицом;</li> <li>2) диспетчером и бригадой скорой помощи.</li> </ul>
19.6	<p>У коммуникационного центра есть возможность координировать медицинский и другой персонал (включая при необходимости тех, кто предоставлен больницей или другим оператором) и вид транспорта, необходимого для трансфера:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) критических/экстренных пациентов из одной организации здравоохранения в другую;</li> <li>2) не экстренных пациентов из одной организации здравоохранения в другую;</li> <li>3) пациентов из организаций ПМСП, которые были определены в картах вызова как хронические;</li> <li>4) пациентов, чья транспортировка была запланирована заранее, в и из организации здравоохранения;</li> <li>5) пациентов домой после эпизода лечения в организации здравоохранения;</li> <li>6) пациентов на и после амбулаторного приема при необходимости.</li> </ul>
19.7	<p>Центр коммуникаций планирует бесперебойную службу через адекватные системы, включая вспомогательные системы из других пунктов посредством обоюдных соглашений, для:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) ответов на телефон;</li> <li>2) регистрации неотложных и других вызовов;</li> <li>3) диспетчерской службы;</li> <li>4) спутниковой навигационной системы;</li> <li>5) радиокommunikаций;</li> <li>6) цифрового картографирования.</li> </ul>
19.8	<p>Центр коммуникаций обеспечен персоналом на уровне, необходимом для приема объема звонков, спроса и требований по качеству с:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) доступом к полностью квалифицированному сменному персоналу, что требуется для поддержания уровня службы скорой помощи;</li> <li>2) доступом к старшим клиническим консультациям 24 часа в день;</li> <li>3) медицинскими диспетчерами, обученными и зарегистрированными в признанном медицинском диспетчерском управлении неотложной помощи;</li> <li>4) наличием персонала, принимающего звонки и диспетчерского клинического персонала, у которых имеется практический опыт в скорой и неотложной помощи и соответствующая квалификация.</li> </ul>
<p><b>20.0 СЛУЖБА НАЗЕМНОЙ СКОРОЙ/НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ</b>  <b>Клинические возможности, ресурсы и своевременность реагирования службы наземной скорой/неотложной помощи соответствуют потребностям пациентов.</b></p>	

20.1	<p>Клинические возможности и своевременность реагирования службы наземной неотложной помощи соответствуют потребностям пациента при помощи:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) выделения ресурсов для того, чтобы у нее была возможность эффективно предоставлять доврачебную неотложную помощь на ожидаемом уровне;</li> <li>2) определения способности реагирования в разных областях по наличию специалистов и имеющемуся оборудованию;</li> <li>3) предоставления возможностей реагирования скорой помощи в таком составе клинического персонала, который определен в качестве минимального для определенной категории срочности;</li> <li>4) персонала, который работает по определенным протоколам в работе службы скорой/ неотложной медицинской помощи.</li> </ol>
20.2	<p>Санитарный автотранспорт:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) должен быть способен перевозить пациента в положении «на спине» с достаточным пространством для того, чтобы медицинский персонал сидел в изголовье пациента и мог свободно передвигаться;</li> <li>2) предоставляет возможность неотложного реагирования для перевозки пациента, как минимум, двумя медицинскими работниками.</li> </ol>
20.3	<p>Санитарный автотранспорт должен быть оснащен оборудованием, в нем имеется возможность для осмотра и лечения пациента:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в ситуациях, критических по времени или ситуациях, требующих медицинской помощи повышенной сложности;</li> <li>2) с наличием одного или более медицинского сотрудника.</li> </ol>
20.4	<p>Санитарный автотранспорт для транспортировки пациента:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оснащен для поддержания основных функций жизнедеятельности пациента специалистом по оказанию первой помощи в обстоятельствах, угрожающих жизни пациента;</li> <li>2) предназначен, в первую очередь, для перевозки пациентов между организациями здравоохранения при наличии одного или более медицинского работника;</li> <li>3) может перевозить медицинских работников одной организации здравоохранения в другую, где находится пациент, нуждающийся в предоставлении ими необходимой специализированной помощи;</li> <li>4) предоставляет возможность оказания бригадой специалистов медицинской помощи, равносильной той, которая ожидается в принимающей организации.</li> </ol>
20.5	<p>Санитарный автотранспорт перевозит достаточное количество оборудования и расходных материалов, адекватных для предоставления скорой/неотложной помощи, как детям, так и взрослым.</p>
20.6	<p>Коэффициент недостающего оборудования или расходных материалов в санитарном автотранспорте:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оценивается за определенный период времени;</li> <li>2) анализируется для возможных действий;</li> </ol>

	3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
20.7	<p>Коэффициент неисправностей оборудования и санитарного автотранспорта при выездах:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оценивается за определенный период времени;</li> <li>2) анализируется для возможных действий;</li> <li>3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.</li> </ol>
<p><b>21.0 СЛУЖБА ВОЗДУШНОЙ СКОРОЙ/НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ</b>  <b>Клинические возможности, ресурсы и своевременность реагирования службы воздушной скорой/неотложной помощи соответствует потребностям пациентов.</b></p>	
21.1	<p>Клинические возможности, ресурсы службы по оказанию своевременной воздушной скорой/неотложной помощи соответствуют потребностям пациента по:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) наличию ресурсов для того, чтобы у медицинского персонала была возможность эффективно предоставлять неотложную помощь на ожидаемом уровне, принимая во внимание имеющуюся информацию по инциденту, средства передвижения скорой/неотложной помощи, и имеющиеся ресурсы для вылета на место инцидента;</li> <li>2) наличию ресурсов, адекватных для каждого известного или предполагаемого состояния пациента, в случае межбольничного трансфера;</li> <li>3) персоналу, который работает по определенным протоколам в работе службы санитарной авиации.</li> </ol>
21.2	<p>Клиническая команда обучается по ключевым аспектам предоставления аэромедицинской помощи и лечения пациентов, включая:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) особые аспекты авиационной физиологии и медицинские услуги санитарной авиации;</li> <li>2) организационные вопросы воздушно-транспортных услуг;</li> <li>3) управление ресурсами бригады.</li> </ol>
21.3	<p>Обучение вопросам безопасности в воздухе и ознакомление с оборудованием происходит на постоянной основе, а также проводятся специфические предполетные инструктажи, согласно миссии.</p>
21.4	<p>Воздушная скорая/неотложная помощь, которая обеспечивает быстрое реагирование, оказывается, как минимум, двумя клиническими специалистами, исключая пилота:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) один клинический специалист в сфере интенсивной терапии и реанимации;</li> <li>2) один клинический специалист с соответствующими навыками и опытом в сфере предоставления доврачебной помощи или</li> <li>3) специалист с навыками в случаях ЧС или миссий в опасных или суровых условиях, где требуются специальные навыки и оснащение, например, спасательная команда альпинистов.</li> </ol>
	<p>Транспорты службы воздушной скорой/неотложной помощи, которые предоставляют перевозку с полным уровнем интенсивной терапии, снабжены минимум двумя клиническими</p>

21.5	<p>сотрудниками, исключая пилота:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) клинический специалист с компетенцией в области интенсивной терапии, включая реанимационные меры, воздушную медицинскую помощь, искусственную вентиляцию легких и другие способы поддержки организма, и предыдущий опыт в транспортной медицине;</li> <li>2) авиационная медсестра с навыками в интенсивной терапии, и опытом реанимационных мер и аэромедицинской помощи;</li> <li>3) квалифицированный специалист по анестезиологии с соответствующими навыками.</li> </ol>
21.6	<p>Клинический персонал, принимающий участие в трансфере пациента, имеет возможность немедленно связаться с профильным специалистом.</p>
21.7	<p>Непосредственную ответственность за пациента во время всего трансфера несет клиническая бригада на борту.</p>
21.8	<p>Внутренняя конфигурация в салоне авиационного транспорта:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) позволяет транспортировать пациента в положении «лежа на спине» в салоне воздушного судна;</li> <li>2) необходимо, чтобы клинический персонал имел доступ к голове и туловищу пациента (до середины бедра) во время полета для того, чтобы контролировать дыхательные пути, дыхание и кровообращение;</li> <li>3) нужно, чтобы у клинического персонала было достаточно места для выполнения сердечно-легочной реанимации с двумя исполнителями, включая сложные виды контроля дыхательных путей, которые могут понадобиться после сердечно-легочной реанимации при необходимости.</li> </ol>
21.9	<p>Воздушное судно службы аэромедицинской помощи перевозит достаточное количество оборудования и расходных материалов:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) адекватных для предоставления доврачебной помощи, как детям, так и взрослым;</li> <li>2) адекватных для проведения операций в специфических авиационных условиях, в которых они должны использоваться;</li> <li>3) с дополнительным оборудованием для каждого известного или предполагаемого состояния пациента.</li> </ol>
21.10	<p>Коэффициент неблагоприятных явлений во время полета (воздушная неотложная помощь):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оценивается за определенный период времени;</li> <li>2) анализируется для возможных действий;</li> <li>3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.</li> </ol>

## Перечень оборудования и расходных материалов для санитарного автотранспорта службы скорой/неотложной медицинской помощи

### 1. Оборудование для санитарного автотранспорта службы скорой/неотложной медицинской помощи

Санитарный автотранспорт, как минимум, оснащен оборудованием для сердечно-легочной реанимации и экстренной медицинской помощи:

1) Стандартный набор экстренной медицинской помощи содержит:

Оборудование для первой медицинской помощи и базовой реанимации;

Носилки и/или сидения;

Брусья носилок;

Штативы для внутривенных вливаний и крючки для подвешивания емкостей с растворами для внутривенного вливания;

2) Контейнер для игл;

3) Перчатки – размера L, M и S;

4) Контейнер для мусора;

5) Автоматический внешний дефибриллятор;

6) Отсос с катетерами;

7) Запас полотна носилок;

8) Портативный кислородный баллон с регулятором;

9) Портативный баллон с регулятором для газовой смеси Entonox;

10) Средства индивидуальной защиты и экипировка.

### 2. Оборудование санитарного автотранспорта для обеспечения основных функций жизнедеятельности пациента

В дополнение к оборудованию службы экстренного реагирования указанного выше, санитарный автотранспорт оборудован всем необходимым для обеспечения основных функций жизнедеятельности, как детей, так и взрослых.

Категория услуг	Оборудование и материалы
Общие	Фонари, батарейки. Карты местности. Обеспечение связи с больницей по радиотелефону. Формы отчетности по информации о пациенте, карта вызова или эквивалент. Ножницы для разрезания ткани. Маленькие ножницы. Смазывающий гель.
Диагностика/ триаж (сортировка)	Снабжение ярлыками пациентов при триаже/сортировке. Диагностические средства – манжеты измерения артериального давления (неонатальные, младенческие, детские и взрослые). Термометр (возможность измерения низкой температуры). Стетоскоп.
	Приспособление и оборудование для отсоса. Оборудование для подачи кислорода.

Реанимация	<p>Подходящие ларингеальные маски.</p> <p>Оральные воздуховоды.</p> <p>Носоглоточные воздуховоды.</p>
Услуги кардиологическим больным	<p>Подходящее оборудование для восстановления сердечного ритма и проведения дефибрилляции (автоматический наружный дефибриллятор с электродами для детей и разбавленными дозами для детей, если санитарный автотранспорт не оснащен монитором и дефибриллятором).</p>
Уход за ранами	<p>Стерильный физиологический (0,9 %) раствор.</p> <p>Марля, бинт и салфетки.</p> <p>Герметичные повязки и противоожоговые повязки.</p> <p>Перевязочный материал.</p> <p>Клейкая лента (лейкопластырь).</p> <p>Жгут.</p> <p>Стерильный противоожоговый пакет с анестетиком, гемостатические губки.</p>
Уход при переломах	<p>Щит для иммобилизации спины с фиксирующими ремнями и прокладкой.</p> <p>Скатанные полотенца, скатанные одеяла или эквиваленты для иммобилизации головы.</p> <p>Жесткий шейный воротник.</p> <p>Средства иммобилизации верхних и нижних конечностей при переломах.</p> <p>Вытягивающее устройство для нижней конечности.</p> <p>Охлаждающий пакет.</p> <p>Пластиковые шины сборные.</p> <p>Одеяло типа «спасатель».</p>
неотложная помощь	<p>Минимальный перечень лекарств: кислород, аспирин, сальбутамол, гормоны, адреналин и др.</p> <p>Соответствующие небулайзеры (или ингаляторы), шприцы и иглы для инъекций.</p> <p>Спейсер.</p>
Акушерские и неонатальные услуги	<p>Стерильные полотенца.</p> <p>Марля, бинт и салфетки.</p> <p>Пуповинная лента и клейкая лента.</p> <p>Стерильные ножницы.</p> <p>Отсос (груша).</p> <p>Зажим для пуповины.</p> <p>Стерильные перчатки.</p> <p>Простыни, полотенца и покрытие для головы.</p> <p>Кюветы.</p>
Противошоковые	<p>Устройства для внутривенной пункции и введения растворов.</p> <p>Кровезаменители.</p>
Услуги по обеспечению комфорта пациента	<p>Подушки и широкий спектр белья и носилки.</p> <p>Одеяла, полотенца, простыни.</p> <p>Утки для сбора мочи, подкладные судна и пакеты для рвоты.</p> <p>Подгузники.</p>
	<p>Надлежащее оборудование для безопасности транспорта, клинического персонала и пациентов</p>

Услуги по обеспечению безопасности	<p>включает в себя:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) огнетушители;</li> <li>2) защитные очки;</li> <li>3) защита лица, маски либо защитный экран;</li> <li>4) перчатки (предпочтительно латексные);</li> <li>5) дезинфицирующий раствор или очищающее средство для рук;</li> <li>6) салфетки, смоченные спиртом;</li> <li>7) одежда с предупредительными знаками;</li> <li>8) ремни носилок;</li> <li>9) рации;</li> <li>10) шлемы.</li> </ol>
Дополнительные услуги	<p>Для санитарного автотранспорта службы скорой/неотложной помощи для проведения расширенной реанимации бригадой реаниматологов при перевозке между медицинскими организациями сложных пациентов и в сложных ситуациях могут понадобиться дополнительное оборудование и материалы в соответствии с объемом услуг. Например, портативный аппарат УЗИ, носилки типа «ковш», эхоэнцефалограф, инфузоматы</p>

Приложение № 2  
к стандартам аккредитации для  
организаций здравоохранения, оказывающих  
скорую медицинскую помощь

## МЕДИЦИНСКИЕ ЗАПИСИ В КАРТЕ ВЫЗОВА

### Оперативная информация

1. Идентификационный номер, адрес, номер квартиры, подъезда, код входа, номер телефона.
2. Дата.
3. Регистрация времени: получения, отправки, на месте, отъезда, пункт назначения, завершения.
4. Информация о пациенте – Ф.И.О., возраст, пол.
5. Расстояние пути (если требуется) – километраж начала, километраж завершения, всего километров.
6. Профиль клинического персонала – категория и номер бригады.
7. Классификации (если требуется):
  - 1) категория срочности;
  - 2) результат вызова – отменено в пути, вызов снят, пациент не найден, транспортировка;
  - 3) коды травм, шифр МКБ;
  - 4) особые указания по заданию.

### Клиническая информация

1. Повод вызова.
2. Местоположение инцидента.
3. Время инцидента, если известно.
4. Локализация травм или боли (передняя или задняя поверхность тела, части тела): перелом

, разрыв, ссадина, припухлость, кровотечение, контузия, вывих, ожог.

5. При дорожно-транспортном происшествии: вид транспорта, позиция пациента, место удара, поврежденный участок, прижат (да/нет), ремень безопасности (пристегнут/нет), шлем надет/нет (если это велосипед или мотоцикл), предполагаемая скорость в момент столкновения – высокая, средняя, низкая.

6. Основная жалоба.

7. История – краткое описание анамнеза заболевания, относящееся к основной жалобе и анамнез перенесенных заболеваний в прошлом, включая:

а) прием лекарств;

б) аллергический анамнез.

8. Оценка боли по шкале (запись до и после лечения).

9. Первичный осмотр:

а) осмотр дыхательных путей, оценка дыхания, кровообращения, состояния сознания: шкала AVPU – alert (в сознании), voice (реагирует на голос), pain (реагирует на боль), unresponsive (не реагирует) или GCS (ШКГ) – Шкала комы Глазго;

б) показатели жизнедеятельности – число сердечных сокращений, артериальное давление, число дыхательных движений, сатурация кислорода, если требуется;

10. Физические показатели.

11. Другие показатели, относящиеся к оценке клинического состояния пациента.

12. Лечение, включая:

1) вмешательства;

сердечно-легочная реанимация;

поддержание проходимости дыхательных путей;

сосудистый доступ;

инфузионная терапия;

2) введенные медикаменты (включая кислород):

время;

доза;

способ введения.

3) положение: пациенты обычно транспортируются в положении лежа на спине, вариации (на животе, на боку, с приподнятыми ногами, сидя) должны быть документированы.

13. Реакция на лечение: повторное проведение предварительного осмотра и оценки показателей жизнедеятельности после лекарственной терапии или с регулярными интервалами во время лечения.

14. Ф.И.О. всех, кто оказывал медицинскую помощь.

15. Название организации, предоставляющей медицинскую помощь, разборчивая подпись и дата.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

МЗ	- Министерство здравоохранения
МКБ	- Международная классификация болезней
НПА	- Нормативные правовые акты
ПСМП	- Первичная медико-санитарная помощь
СМИ	- Средства массовой информации
УЗИ	- Ультразвуковое исследование
ФИО	- Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
ЧС	- Чрезвычайные ситуации
ГО	- Гражданская оборона
ISO	- International Organization for Standardization

Приложение 4 к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 2 октября 2012 года № 676

**Стандарты аккредитации для медицинских организаций  
восстановительного лечения и медицинской реабилитации**

Сноска. Приказ дополнен приложением 4 в соответствии с приказом Министра здравоохранения и социального развития РК от 08.04.2016 № 266 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

**РАЗДЕЛ «А»: РУКОВОДСТВО**

№	Измеряемые критерии
<b>1.0 ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ</b>	
Этические нормы определяют направление деятельности организации и процесс принятия решений.	
1.1	Руководство организации коллективно и с учетом рекомендаций заинтересованных сторон определяет миссию, видение организации для планирования и определения направлений развития организации.
1.2	В организации имеется определенный комплекс ценностей, которыми она руководствуется при принятии решений и определении правил поведения сотрудников.
1.3	Медицинская организация разрабатывает правила этики, охватывающие вопросы в отношении деятельности организации и обслуживания пациентов.
1.4	Персонал регулярно проходит обучение по вопросам этики и деонтологии.
1.5	В организации внедрен процесс выявления, анализа и принятия мер по фактам нарушения норм этики.
<b>2.0 УПРАВЛЕНИЕ</b>	
В организации осуществляется эффективное управление в соответствии с ее правовым статусом и ответственностью.	
2.1	Обязанности руководства организации включают следующее: 1) определение и рассмотрение этических норм; 2) согласование и утверждение стратегического, оперативного планов организации, а также плана по повышению качества услуг; 3) утверждение бюджета и обеспечение организации соответствующими ресурсами для выполнения поставленных целей и задач; 4) мониторинг и оценка достижения результатов стратегических и оперативных планов и качества услуг; 5) назначение или утверждение руководителей структурных подразделений и оценка эффективности их деятельности.
2.2	Организация действует в соответствии с законодательством Республики Казахстан, и имеет требуемые учредительные документы, в том числе: 1) свидетельство или справка о государственной (учетной) регистрации (перерегистрации);

	<ul style="list-style-type: none"> <li>2) устав (положение);</li> <li>3) Бизнес идентификационный номер (БИН).</li> </ul>
2.3	<p>Руководство организации обеспечивает осуществление деятельности путем:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) получения, рассмотрения и реагирования на предписания государственных органов;</li> <li>2) своевременной подготовки предложений по актуализации действующих нормативных правовых документов;</li> <li>3) принятия активных действий по доведению их до заинтересованных лиц;</li> <li>4) обеспечения доступности базы нормативных правовых документов для персонала организации.</li> </ul>
2.4	<p>Организация информирует общественность:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) об оказываемых услугах и условиях их получения;</li> <li>2) о деятельности и принимаемых решениях, которые могут повлиять на предоставляемые услуги;</li> <li>3) о качестве оказываемых услуг и достигнутых результатах.</li> </ul>
<b>3.0 СТРАТЕГИЧЕСКОЕ И ОПЕРАТИВНОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ</b>	
Организация планирует свои услуги с целью удовлетворения потребностей населения и осуществляет четкое руководство по его реализации.	
3.1	В стратегическом плане развития, разработанном руководством совместно с персоналом, излагаются долгосрочные цели, задачи, стратегии для осуществления целей организации.
3.2	<p>Стратегический план основан на:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) миссии, видении, целях и этических нормах организации;</li> <li>2) потребностях обслуживаемого населения;</li> <li>3) анализа полученных отзывов от пациентов/семей и общественности;</li> <li>4) количественных и качественных показателей оказания услуг;</li> <li>5) правительственных стратегиях и приоритетах в здравоохранении;</li> <li>6) ожидаемых результатов по достижению целей и задач организации (индикаторах оценки).</li> </ul>
3.3	<p>Комплексный годовой (оперативный) план работы разработан и согласован со всеми структурными подразделениями организации:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) в соответствии со стратегическим планом;</li> <li>2) с рассмотрением непосредственных приоритетов;</li> <li>3) содержит задачи и план мероприятий по основным услугам;</li> <li>4) определяет укомплектование штата, финансовые и материальные ресурсы для обеспечения выполнения запланированных действий.</li> </ul>
3.4	<p>Организацией и ее структурными подразделениями регулярно рассматривается достигнутый прогресс в реализации годового плана в сравнении с целями и планом мероприятий:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) уровень достижения целей и ожидаемых результатов;</li> <li>2) выполнение запланированных действий;</li> <li>3) адекватность ресурсной поддержки;</li> <li>4) соблюдение запланированных сроков;</li> <li>5) нереализованные задачи и проблемы;</li> <li>6) дальнейшие планируемые шаги.</li> </ul>
3.5	Служба внутреннего аудита или эксперт организации проводит анализ достигнутых результатов в сравнении с годовым планом, информация предоставляется руководителю организации и руководителям структурных подразделений для планирования дальнейших действий.
3.6	Решения относительно планируемых улучшений, внесенных в годовой план, сообщаются и обсуждаются с персоналом и передаются при необходимости соответствующим внешним службам.
<b>4.0 ОБЩЕЕ УПРАВЛЕНИЕ</b>	
Организация имеет структуру управления и подотчетности. Управление осуществляется квалифицированными менеджерами.	

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

#### **5.0 УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ И ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА**

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

5.1	План управления рисками организации: 1) основан на информации, полученной из стратегического плана; результатах анализа клинических показателей; результатах анализа отзывов пациентов и неблагоприятных событий; службы инфекционного контроля; результатах анализа укомплектования персоналом и обеспечения ресурсами; результатах анализа состояния окружающей обстановки; 2) определяет, оценивает и располагает по приоритетам все риски с точки зрения их вероятности и последствий нанесенного вреда здоровью и материального ущерба; 3) включает стратегии управления такими рисками; 4) имеется в наличии и распространяется среди персонала для ознакомления.
5.2	Организация обучает своих сотрудников правилам снижения рисков, путем: 1) обнаружения, оценки и сообщения о ситуациях, включающих риск; 2) управления ситуациями, имеющими потенциальный риск;

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3) предотвращения или контроля инфекции;</li> <li>4) безопасного использования оборудования и материалов;</li> <li>5) безопасного метода транспортировки людей и грузов.</li> </ul>
5.3	<p>План управления рисками регулярно проверяется и пересматривается в целях обеспечения его эффективности путем:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) контроля за фактическим выполнением требований правил управления рисками;</li> <li>2) пересмотра определенных рисков;</li> <li>3) внесения улучшений в план управления рисками, используя результаты, полученные в процессе контроля выполнения требований, правил управления рисками и пересмотра определенных рисков.</li> </ul>
5.4	<p>В организации имеется непрерывная система повышения качества услуг, включающая:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) участие всех подразделений организации;</li> <li>2) определение приоритетов организации по контролю качества предоставляемых услуг и их обновление с учетом нужд и потребностей пациентов, процессов, которые представляют высокий риск, большой объем, являются дорогостоящими или проблемными;</li> <li>3) сбор, анализ и оценку данных мониторинга и аудита;</li> <li>4) информирование руководства и сотрудников.</li> </ul>
5.5	<p>Ежегодный план повышения качества:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) разрабатывается совместно с руководителями структурных подразделений;</li> <li>2) подробно определяет мероприятия по контролю качества, планы действия, их цели и методы достижения;</li> <li>3) определяет график проведения аудита, сбора данных по качественным показателям;</li> <li>4) определяет ответственных лиц и сроки исполнения.</li> </ul>
5.6	<p>План повышения качества включает мониторинг, отчетность и оценку:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) показателей эффективности лечения по приоритетным заболеваниям и ключевым процессам, например, время ожидания, уровень повторной заболеваемости и госпитализации, ошибки в назначении лекарственных средств, инфекции и несчастные случаи;</li> <li>2) удовлетворенности пациента и его семьи, оказанными услугами.</li> </ul>
5.7	<p>Руководители структурных подразделений ответственны за реализацию плана по повышению качества, включая следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) мониторинг соответствующих показателей;</li> <li>2) мониторинг выполнения стандартов, политик, процедур, клинических протоколов и правил;</li> <li>3) рассмотрение фактов обращений и предложений со стороны пациентов и их семей;</li> <li>4) проекты по улучшению качества оказываемых услуг.</li> </ul>
5.8	<p>Внутренняя служба по контролю качества:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) получает отчеты по мероприятиям обеспечения качества;</li> <li>2) анализирует собранные данные и классифицирует их по направлениям;</li> <li>3) отчитывается перед руководителями структурных подразделений и руководителями организации.</li> </ul>
5.9	<p>Информация и отчеты о повышении качества обсуждаются на производственных или клинических встречах и конференциях. Сотрудники организации, руководители структурных подразделений и руководство организации участвуют в принятии решений по определенным действиям в области улучшения качества.</p>
5.10	<p>Проводится аудит организации с целью оценки качества предоставляемых услуг и соответствия с утвержденными клиническими протоколами и правилами:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) уполномоченным лицом/группой экспертов;</li> <li>2) в соответствии с графиком проведения клинических аудитов использования клинических протоколов, которые имеются в достаточном количестве.</li> </ul>
	<p>Результаты клинического аудита и обзора клинических случаев:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) обсуждаются в работе соответствующих комиссий, на собраниях или конференциях;</li> </ul>

5.11	2) используются для улучшения процессов оказания медицинской помощи; 3) включаются в отчеты в рамках выполнения программы повышения качества.
5.12	Мероприятия по повышению качества запланированы, предприняты соответствующие меры и действия, оценена эффективность действий. Персонал, клиенты/ пациенты информированы о результатах оценки.
5.13	Персонал следует документированным политикам и процедурам при выполнении своих должностных обязанностей в каждом структурном подразделении.
5.14	Политики и процедуры, утвержденные руководством: а) обновляются; б) разрабатываются с участием персонала; в) легко доступны персоналу на рабочих местах; г) официально пересматриваются, по меньшей мере, раз в три года, или чаще по мере необходимости.

## РАЗДЕЛ «В»: УПРАВЛЕНИЕ РЕСУРСАМИ

<b>6.0 УПРАВЛЕНИЕ ФИНАНСАМИ</b>	
Финансовые ресурсы организации управляются и контролируются для оказания содействия в достижении целей.	
6.1	Руководство ежегодно утверждает план финансово-хозяйственной деятельности: 1) подготовленный финансово-экономическим блоком организации; 2) с участием персонала организации; 3) основанный на предполагаемых доходах и сметах расходов; 4) на основе задач и планируемых мероприятий годового плана.
6.2	Порядок и процедуры финансовой деятельности организации документируются и включают следующее: 1) оперативность выставления счетов и оплаты счетов; 2) бухгалтерский учет; 3) полномочия по закупке и расходованию средств, процедура передачи полномочий; 4) страхование; 5) управление активами.
6.3	Бухгалтерский учет основан на достоверной финансовой информации обо всех источниках доходов и расходов, и обеспечивает своевременные и точные финансовые отчеты для принятия решений.
6.4	Прибыли, убытки и расходы на услуги регулярно отслеживаются в сравнении с бюджетами предоставляются руководству организации в виде ежемесячных финансовых отчетов.
6.5	Существует система внутреннего финансового контроля и аудита.
6.6	Внешний финансовый аудит проводится в соответствии с нормативными правовыми актами.
6.7	Услуги, осуществляемые на платной основе: 1) имеется прейскурант цен; 2) цены рассчитаны на основе затрат; 3) оплата платных услуг проводится в соответствии с законодательством Республики Казахстан.
6.8	Список утвержденных платных услуг и их цен доступен населению.
6.9	Организация проводит аудит платных услуг для подтверждения, что: 1) цены соответственные, а расходы и платежи осуществляются надлежащим образом, согласно документально оформленным процессам; 2) средства используются по целевому назначению.

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

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

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

## РАЗДЕЛ «С»: УПРАВЛЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТЬЮ

<b>9.0 БЕЗОПАСНОСТЬ ЗДАНИЙ</b>	
Окружающая среда организации является безопасной и комфортной для пациентов, персонала и посетителей.	
9.1	Здания организации: 1) отвечают потребностям в площади и расположении подразделений при предоставлении услуг пациентам в повседневной работе и во время чрезвычайных ситуаций; 2) при обнаружении дефектов своевременно ремонтируются; 3) отвечают требованиям строительных норм и правил; 4) отвечают требованиям санитарных правил.

9.2	<p>В организации принимаются меры по обеспечению безопасности в соответствии с письменной политикой и процедурами, с целью защиты:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) персонала, работающего в одиночку или в изолированном помещении;</li> <li>2) пациентов, посетителей и персонала от угрозы физического насилия и потери имущества в дневное и ночное время;</li> <li>3) лекарственных средств от краж и хищений;</li> <li>4) здания, оборудования и имущества от повреждения или утери.</li> </ol>
9.3	<p>По всей территории организации на видных местах установлены легко читаемые знаки по технике безопасности, включая знаки:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) направлений;</li> <li>2) запрета курения;</li> <li>3) запретных зон и прочих предупреждений;</li> <li>4) опасности радиоактивного излучения в помещении;</li> <li>5) противопожарного оборудования;</li> <li>6) схем эвакуации при чрезвычайных ситуациях;</li> <li>7) указателей ближайшего выхода.</li> </ol>
9.4	<p>Территория организации обслуживается в должном объеме и соответствует транспортным требованиям:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) имеются свободные подъездные пути;</li> <li>2) отведено парковочное место для автомобилей организации, автомобилей пациентов и посетителей.</li> </ol>
9.5	<p>В организации имеется возможность передвижения пациентов и посетителей с ограниченными физическими возможностями, и перемещения грузов:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) обеспечение работающих пассажирских лифтов в зданиях, состоящих из двух и более этажей, служебных лифтов в лечебные отделения выше второго этажа;</li> <li>2) пандус, подходящий для детских колясок, кресло-колясок, каталок и тележек.</li> </ol>
9.6	<p>Организация имеет функционирующие водопроводные и канализационные системы, отвечающие требованиям санитарных правил:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) объекты подключаются к централизованным системам холодного, горячего водоснабжения и канализации;</li> <li>2) при отсутствии в населенном пункте централизованной системы водоснабжения используется привозная или вода из устройства местной системы, которая соответствует санитарно-эпидемиологическим требованиям;</li> <li>3) при размещении объекта в не канализованных и частично канализованных населенных пунктах предусматривается местная система канализации и вывозная система очистки.</li> </ol>
9.7	<p>Окружающая обстановка в организации способствует комфорту и безопасности персонала и пациентов:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) системы вентиляции, кондиционирования и отопления обеспечивают оптимальные условия микроклимата;</li> <li>2) помещения с постоянным пребыванием людей обеспечиваются естественным освещением. Все производственные и вспомогательные помещения обеспечиваются искусственным освещением;</li> <li>3) естественная и искусственная освещенность помещений объектов определяется параметрами в соответствии с требованиями санитарных правил.</li> </ol>
9.8	<p>Организация с целью создания комфортной рабочей среды управляет своими коммунальными службами и сводит к минимуму потенциальные риски:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) имеет в наличии альтернативные источники электричества и воды для предупреждения воздействия перебоев работы коммунальных служб на систему жизнеобеспечения организации и инфекционный контроль;</li> </ol>

	2) обслуживание инженерных коммуникаций осуществляется квалифицированными, компетентными работниками, которые следуют надлежащим процедурам.
9.9	<p>Организация обеспечивает условия для поддержания гигиены пациентов и персонала:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) все имеющееся технологическое, санитарно-техническое, инженерное и другое оборудование находится в исправном состоянии;</li> <li>2) обеспечиваются твердым и мягким инвентарем, в том числе одноразовыми изделиями медицинского назначения, дезинфицирующими средствами.</li> </ol>
<p><b>10.0 УПРАВЛЕНИЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМИ СИТУАЦИЯМИ И ПРОТИВОПОЖАРНОЙ БЕЗОПАСНОСТЬЮ</b></p> <p>Организация сводит к минимуму риски возникновения пожара и готова к чрезвычайным и критическим ситуациям.</p>	
10.1	<p>Организация разрабатывает детальный план мероприятий на случай пожара или иной чрезвычайной ситуации, который включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ответственность за управление и координирование мер экстренного реагирования;</li> <li>2) процесс уведомления аварийных служб и персонала;</li> <li>3) систему экстренной связи;</li> <li>4) процедуру эвакуации людей из здания в случае необходимости.</li> </ol>
10.2	<p>Персонал проходит ежегодное обучение в соответствии с планом реагирования при чрезвычайной ситуации, включая процедуры ориентации персонала при эвакуации, и участвует в мероприятиях по учебной тревоге.</p>
10.3	<p>Организация снижает риск возникновения пожара путем:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) использования огнестойких строительных материалов;</li> <li>2) обеспечения запасных путей эвакуации, таких как лестницы внутри здания и внешние пожарные лестницы;</li> <li>3) обеспечения достаточным количеством средств пожаротушения (гидранты, пожарные шланги, огнетушители, системы автоматического водяного пожаротушения), расположенных в соответствующих местах и обозначенных надлежащим образом;</li> <li>4) установки системы пожарной сигнализации и системы оповещения;</li> <li>5) использования техники и устройств, для ограничения распространения пожара (противопожарные барьеры, противопожарные стены, пожарные двери и аварийные выключатели).</li> </ol>
10.4	<p>Системы аварийной сигнализации:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) находятся в состоянии готовности и способны издавать звуковые сигналы, слышимые на необходимом расстоянии;</li> <li>2) имеют необходимые настройки, которые содержатся в рабочем состоянии, тестируются в соответствии с программой планово-предупредительного технического обслуживания, полученные данные документируются.</li> </ol>
10.5	<p>Из всех зон здания организации имеются пути эвакуации, включая:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) пути эвакуации в случае пожара, такие как дверные проемы, коридоры, пандусы или переходы, лестничные пролеты, всегда свободные от заграждений;</li> <li>2) пожарные и противоподымные двери, которые хорошо открываются и закрываются вручную;</li> <li>3) выходные двери, которые оставляются открытыми или фиксируются электрическими устройствами автоматического расцепления;</li> <li>4) запрет запираения выходных дверей, за исключением особых случаев, когда есть адекватные запасные выходы.</li> </ol>
10.6	<p>Воспламеняющиеся вещества, газовые баллоны и другие потенциально опасные материалы и химические вещества хранятся и используются включая:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) маркировку;</li> <li>2) запираение помещений и обеспечение герметичности;</li> <li>3) запираение контейнеров для хранения газовых баллонов или наличие ограждения, с целью недопущения посторонних лиц.</li> </ol>

## 11.0 БЕЗОПАСНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБОРУДОВАНИЯ И РАСХОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ

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

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

	при превышении нормы которого выполняются надлежащие меры; 3) проведения два раза в год радиационного контроля.
11.9	Внедрена и используется система управления поставками (лекарственных средств, изделия медицинского назначения, прочие товары и услуги), предусматривающая: 1) оценку потребностей в клинических и неклинических поставках для каждого отделения; 2) обеспечение своевременных поставок; 3) учет движения запасов и контроль объема складских запасов; 4) хранение товаров (лекарственных средств, изделий медицинского назначения и другие) в надлежащих условиях (на полках или на поддонах, в сухом и безопасном месте); 5) своевременную замену запасов до истечения срока годности.
11.10	В организации имеется в достаточном количестве моющие и дезинфицирующие средства, соблюдается график закупок и имеются акты списания этих средств, персонал обучен правилам применения средств согласно инструкциям.
11.11	Лекарственные средства и изделия медицинского назначения приобретаются, исходя из потребностей пациентов, что включает: 1) соответствие видам предоставляемых услуг; 2) соответствие утвержденным протоколам диагностики и лечения.
11.12	Структурное подразделение по лекарственному обеспечению использует систему управления запасами, которая включает: 1) использование системы резервного запаса (наличие минимального объема запасов); 2) наличие лекарственных средств и изделий медицинского назначения в наборе для экстренных случаев, немедленно восполняемых после использования; 3) проверку качества, количества, номера партии, даты производства и срока годности приобретенных лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения при проведении приема от поставщика; 4) наличие автоматизированной или иной системы учета для управления запасами и контроля истечения срока годности.
11.13	Медикаменты хранятся в соответствии с групповой принадлежностью: 1) защищены от неблагоприятного воздействия света, влаги и экстремальных температур; 2) защищены от вредителей; 3) при достаточной вентиляции.
11.14	Температурный режим при хранении лекарственных средств отвечают требованиям производителя: 1) холодильники запираются на замок и используются только для хранения лекарственных препаратов данного температурного режима; 2) ведется контроль и запись температурного режима холодильника, и предпринимаются меры при отклонении температуры от заданного диапазона.
<b>12.0 ЗДОРОВЫЕ УСЛОВИЯ ТРУДА</b>	
Программа гигиены труда персонала способствует безопасным и здоровым рабочим условиям.	
12.1	Выполняются меры по поддержанию гигиены труда и здоровья персонала с документированием выполнения мер: 1) биологический скрининг и профилактика риска профессионального заражения вирусами гепатита А, В и С, ВИЧ; 2) по необходимости, обеспечение механическими подъемными устройствами для пациентов и обучение персонала обращением с ними; 3) профилактику получения травм иглой и повреждения глаз; 4) контроль радиационной безопасности (если применимо); 5) обеспечение удобным рабочим местом.
	Организация предоставляет средства и услуги для обеспечения здоровья сотрудников, включающая: 1) аптечки или наборы для оказания первой помощи;

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

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

	<p>5) принятие надлежащих мер при выявлении недостатков инфекционного контроля;</p> <p>6) оценку эффективности принятых мер.</p>
14.3	<p>Программа инфекционного контроля реализуется квалифицированными специалистами (медицинские сестры и/или врачи), в чьи должностные обязанности входит:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) реализация программы инфекционного контроля, учитывая рекомендации и замечания сотрудников и пациентов, где применимо;</li> <li>2) реализация политик;</li> <li>3) обучение персонала;</li> <li>4) консультации по инфекционному контролю;</li> <li>5) разработка и применение методов контроля, включая обзор методов борьбы с инфекцией;</li> <li>6) предоставление отчетов и рекомендаций.</li> </ol>
14.4	<p>Проводится регулярный сбор, сравнение и анализ информации о выявленных случаях инфекций для оценки эффективности мероприятий и показателей по инфекционному контролю:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) результаты своевременно сообщаются в комиссию по инфекционному контролю и руководству клиники и соответствующим сотрудникам;</li> <li>2) используются стандартные определения для выявления и классификации случаев инфекции, показателей и результатов.</li> </ol>
14.5	<p>Проводятся регулярные обзоры клинических и параклинических практик для анализа рисков инфекции, методов инфекционного контроля и потребностей персонала в обучении, включающие:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) обходы;</li> <li>2) изучение истории болезни пациентов, лабораторных отчетов и записей о назначении лекарственных средств;</li> <li>3) лабораторные анализы культур из взятых проб и смывов от намеченных участков с возможным риском инфекции;</li> <li>4) уведомления, выдаваемые медицинскому персоналу.</li> </ol>
14.6	<p>В случае возникновения инфекции, персонал следует оформленным документально процессам, чтобы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) незамедлительно выявить, отреагировать и локализовать инфекцию;</li> <li>2) изолировать инфицированных пациентов;</li> <li>3) выявлять источник и пути распространения инфекции, включая отслеживание всех контактов;</li> <li>4) проконсультироваться с государственными органами здравоохранения или специалистами по инфекционным заболеваниям;</li> <li>5) использовать результаты расследований, чтобы предотвратить повторное возникновение данной формы инфекции;</li> <li>6) сообщить в государственные органы здравоохранения.</li> </ol>
14.7	<p>Лабораторный и медицинский персонал, а также медицинские работники, имеющие право назначать лекарственные препараты, работают совместно для того, чтобы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) незамедлительно выявить и отреагировать на присутствие новых и резистентных вирусов и бактерий;</li> <li>2) следовать стратегиям назначения антибиотиков, которые поддерживают осторожное их использование в лечении инфекций, включая ограничение использования антибиотиков широкого спектра действия;</li> <li>3) проводить наблюдение за множественными резистентными организмами и организмами, связанными с использованием антибактериальных препаратов, как часть программы инфекционного контроля.</li> </ol>
14.8	<p>Персонал регулярно проходит инструктаж и своевременно получает обновленную информацию по всем аспектам инфекционного контроля, касающуюся сферы их деятельности, включая:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) программу инфекционного контроля;</li> <li>2) тщательное мытье и дезинфекцию рук;</li> </ol>

	<p>3) стандартные процедуры предосторожности относительно передачи инфекций;</p> <p>4) политики, процедуры, руководства и принципы инфекционного контроля.</p>
14.9	<p>Персонал, имеющий прямой контакт с пациентом моет и дезинфицирует руки:</p> <p>1) перед осмотром или лечением пациентов;</p> <p>2) после осмотра или лечения пациентов;</p> <p>3) после физического контакта с любыми материалами или оборудованием в окружении пациента;</p> <p>4) после снятия перчаток.</p>
14.10	<p>Стандартные инструкции и диаграммы по мытью и дезинфицированию рук размещены во всех отделениях и в местах пребывания пациентов и над раковинами.</p>
14.11	<p>Персонал следует документированным процедурам при:</p> <p>1) обработке, очистке поверхностей;</p> <p>2) очистке, дезинфекции и стерилизации оборудования, материалов и медицинских приборов в соответствии с инструкциями производителя;</p> <p>3) сборе, транспортировке, обработке и хранении грязного и чистого белья для предотвращения инфицирования.</p>
14.12	<p>Технологическая цепочка (последовательность) гигиенических мероприятий от «грязного» до «чистого» обеспечивается путем четкого разделения «грязных» и «чистых» участков, включая отдельные входы и выходы в операционную, прачечную и в центральное стерилизационное отделение.</p>
14.13	<p>Индикатор по внутрибольничным инфекциям:</p> <p>1) оценивается за определенный период времени;</p> <p>2) анализируется для возможных действий;</p> <p>3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.</p>
14.14	<p>Индикатор по обучению персонала гигиене рук:</p> <p>1) оценивается за определенный период времени;</p> <p>2) анализируется для возможных действий;</p> <p>3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.</p>
14.15	<p>Индикатор реализации правил по гигиене рук в организации:</p> <p>1) оценивается за определенный период времени;</p> <p>2) анализируется для возможных действий;</p> <p>3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.</p>
<b>Управление отходами</b>	
14.16	<p>Сбор, временное хранение и вывоз медицинских отходов выполняется в соответствии со схемой обращения с отходами, принятом в объекте здравоохранения, который предусматривает:</p> <p>1) качественный и количественный состав образующихся отходов;</p> <p>2) порядок сбора отходов;</p> <p>3) применяемые способы обеззараживания (обезвреживания) и удаления отходов;</p> <p>4) гигиеническое обучение персонала правилам эпидемической безопасности при обращении с отходами.</p>
14.17	<p>Для временного хранения медицинских отходов класса Б, В, Г на объекте здравоохранения выделяется отдельное помещение. Комната для хранения медицинских отходов оборудуется вытяжной вентиляцией, холодильным оборудованием для хранения биологических отходов, стеллажами, контейнерами для сбора пакетов с медицинскими отходами, раковиной с подводкой горячей и холодной воды, бактерицидной лампой.</p>
14.18	<p>Для сбора отходов используются одноразовые, водонепроницаемые мешки, пакеты, металлические и пластиковые емкости, контейнеры для сбора и безопасной утилизации. Для сбора каждого класса отходов используются мешки, пакеты различной окраски (отходы</p>

	класса А – белую, Б – желтую, В – красную, Г – черную), контейнеры, емкости – маркировку. Металлические и пластиковые емкости, контейнеры для сбора опасных отходов плотно закрываются.
14.19	Персонал проходит предварительные и периодические медицинские осмотры, обеспечивается комплектами спецодежды и средствами индивидуальной защиты (халаты, комбинезоны, перчатки, маски, респираторы, специальная обувь, фартуки, нарукавники). К работе с отходами не допускаются лица моложе 18 лет.

## РАЗДЕЛ «D»: УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ

<b>15.0 ПРАВА ПАЦИЕНТА И СЕМЬИ</b>	
Организация реализует политику по защите прав пациентов и их семей	
15.1	Информация о правах и обязанностях пациента и семьи размещена на государственном и русском языках в местах пребывания пациентов и включает право на: <ul style="list-style-type: none"> <li>1) достоинство и уважительное отношение;</li> <li>2) охрану и безопасность, защиту от физического насилия;</li> <li>3) неприкосновенность частной жизни;</li> <li>4) конфиденциальность информации;</li> <li>5) участие в принятии решений по уходу и принятие информированного решения;</li> <li>6) подачу жалобы/обращений.</li> </ul>
15.2	В местах ожидания и в других местах пребывания пациентов выставлен информационный стенд: <ul style="list-style-type: none"> <li>1) об объеме оказываемых услуг;</li> <li>2) о перечне услуг, предоставляемых на бесплатной основе, также прейскурант цен на платные услуги;</li> <li>3) о процедуре подачи жалоб/обращений и предложений.</li> </ul>
15.3	В организации имеется процедура: <ul style="list-style-type: none"> <li>1) обучения сотрудников по соблюдению прав пациента и его родственников;</li> <li>2) мониторинга знаний и соблюдения персоналом прав пациента и семьи;</li> <li>3) информирования пациентов и их семей с правами и обязанностями;</li> <li>4) своевременного и эффективного расследования и разрешения случаев нарушения прав пациента.</li> </ul>
15.4	Организация обеспечивает приватность и конфиденциальность информации о пациенте путем: <ul style="list-style-type: none"> <li>1) информирования персонала об ответственности за соблюдение конфиденциальности информации;</li> <li>2) обеспечение доступа к информации о пациентах только уполномоченным лицам или по запросу, имеющему законное обоснование;</li> <li>3) получения согласия пациентов на раскрытие их личной информации их семьям и другим организациям;</li> <li>4) соблюдения приватности – имеются ширмы и прикрываются оголенные участки тела;</li> <li>5) участия в уходе посторонних лиц только с согласия пациента.</li> </ul>
<b>Средства для удобства пациента и его семьи (при наличии)</b>	
15.5	Организация обеспечивает для пациентов благоприятные условия для пребывания и встреч с посетителями посредством: <ul style="list-style-type: none"> <li>1) наличия холлов или площадок с диванами или скамейками; помещения в отделениях с телевизором, игрушками для детей, журналами;</li> <li>2) гибких графиков для посещения больных;</li> <li>3) предоставления возможности родственникам или другим лицам участвовать в уходе за</li> </ul>

	<p>больными с согласия пациента;</p> <p>4) наличия места рядом с пациентом, оборудованного для родственника или лица, осуществляющего уход.</p>
15.6	<p>Для пациентов с ограничением способности к передвижению имеются вспомогательные средства для передвижения, поручни и перила, кресло-коляски, костыли и трости, а также предоставляется персонал для помощи таким пациентам.</p>
<b>Информация для пациентов и получение их согласия</b>	
15.7	<p>Пациентам и их семьям (при наличии) предоставляется полная информация в доступной форме:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) о состоянии здоровья пациента;</li> <li>2) о планируемом лечении;</li> <li>3) о стоимости, возможных рисках и пользе предлагаемого лечения или обследования;</li> <li>4) об альтернативных методах лечения и/или диагностики.</li> </ol>
15.8	<p>После предоставления информации организации получает согласие пациента:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в письменном виде с записью его в историю болезни на инвазивные процедуры или операции;</li> <li>2) в письменном виде на его участие в клиническом исследовании, тестировании лекарственных средств и/или новых медицинских технологий.</li> </ol>
15.9	<p>Пациенту и его семье (при наличии) предоставляется информация относительно направления в другую медицинскую организацию, такая как стоимость, проезд, время, продолжительность лечения и ожидаемый результат.</p>
15.10	<p>Пациенты и их семьи (при наличии) обеспечиваются информацией об уходе и заболевании посредством:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) регулярных бесед (обучения), проводимых медицинскими работниками;</li> <li>2) предоставления видеоматериалов, брошюр и другой информации о профилактике заболевания и пропаганде здорового образа жизни, которые находятся в доступных местах.</li> </ol>
<b>Порядок подачи обращений пациентом</b>	
15.11	<p>В организации существует и используется процесс получения обращений от пациентов и их семей относительно нарушения их прав, в котором:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) обеспечивается информирование пациентов и их семей о том, как подать обращение внутри организации и вне организации;</li> <li>2) упрощается процедура путем предоставления готовых бланков для обращений или принятия обращений в произвольном или устном виде;</li> <li>3) обращение передается ответственному лицу для расследования.</li> </ol>
15.12	<p>Существует документальный процесс сбора, приоритизации, расследования, а также справедливого и своевременного удовлетворения обращений, что включает следующее:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) подтверждение поступления обращения (если по обращению еще не были приняты меры к удовлетворению пациента и его семьи);</li> <li>2) расследование обращений, опрос вовлеченных сотрудников;</li> <li>3) вынесение решения по обращению;</li> <li>4) при необходимости, принятие мер;</li> <li>5) информирование пациента и членов его семьи о ходе и результате расследования.</li> </ol>
15.13	<p>Обращения заносятся в журнал регистрации, мониторируется процесс работы с обращениями, и результаты используются для повышения качества.</p>
<b>Отзывы пациентов</b>	
	<p>Организация регулярно измеряет степень удовлетворенности пациентов и их семей услугами путем:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) предоставления пациентам и населению контактных данных (почтовый и электронный адрес) для обратной связи;</li> <li>2) ведения записи замечаний, пожеланий и благодарностей, полученных в письменном виде,</li> </ol>

15.14	по телефону или лично от пациентов; 3) проведения анкетирования пациентов с целью определения удовлетворенности пациентов для оценки качества оказания услуг, работы персонала и где применимо, системы оплаты; 4) анализа данных и определения тенденций, которые используются для повышения качества .
<b>16.0 ДОСТУП К УХОДУ, ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ПЛАНИРОВАНИЕ УХОДА</b>	
После госпитализации проводится первичный осмотр с участием мультидисциплинарной команды и определяется план лечения или ухода за пациентом.	
16.1	Доступность услуг организации для населения осуществляется путем: 1) предоставления бесплатного обслуживания в соответствии с Перечнем гарантированного объема бесплатной медицинской помощи; 2) удобного графика работы служб для групп пациентов в соответствии с предоставляемыми услугами; 3) информирования населения об объеме услуг, графике работы
16.2	Пациента госпитализируют обоснованно, согласно утвержденным критериям госпитализации или перечню оказываемых услуг.
16.3	Госпитализированным пациентам и их семьям: 1) объясняют правила пребывания в организации, часы посещения; 2) роль гигиены рук в предотвращении инфекций, объясняют, как обрабатывать руки, показывают, где находятся туалеты, душевые и раковины, которые находятся в рабочем состоянии и доступны круглосуточно; 3) пациентам выделяют койку с чистым бельем; 4) информация о необходимой сменной одежде, обуви.
<b>Осмотр пациента</b>	
16.4	Пациентам проводится осмотр с участием мультидисциплинарной команды (реабилитолог, невролог, физиотерапевт или специалист по ЛФК, средний медперсонал по уходу и другие специалисты) в течение 8 часов после госпитализации.
16.5	Первичный осмотр пациента проводится согласно утвержденной форме осмотра, где документируется следующее: 1) жизненно важные показатели (температура, давление, пульс, частота дыхания); 2) анамнез заболевания; 3) аллергологический и медикаментозный анамнез; 4) физикальный осмотр (по системам); 5) оценка боли; 6) оценка риска падения; 7) оценка функционального статуса (способность к самообслуживанию); 8) оценка психологического, социально-экономического статуса; 9) если применимо, духовных потребностей; 10) признаки насилия, жестокого или невнимательного обращения (синяки или царапины на коже или из опроса); 11) нутриционный скрининг.
16.6	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 сообщает об этом в соответствующие организации и принимает меры по их предотвращению; 3) персонал обучен правилам и процессу выявления жертв насилия, жестокого или невнимательного обращения
<b>Планирование лечения и ухода за пациентом</b>	

16.7	Мультидисциплинарная команда (реабилитолог, невролог, физиотерапевт или специалист по ЛФК, средний медперсонал по уходу и другие специалисты по необходимости) коллективно определяет первичный диагноз и план лечения и ухода, которые документируются в медицинской карте.
16.8	План лечения и ухода обоснован: 1) отражает потребности пациента согласно осмотру и исследованиям, 2) содержит цели и ожидаемые результаты ухода, 3) соответствует утвержденным протоколам диагностики и лечения.
<b>17.0 ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ.</b>	
Своевременное и безопасное лечение и уход за пациентом предоставляются в соответствии с планом лечения и ухода за пациентом и предоставление услуг завершается согласно плану.	
17.1	Медперсонал, участвующий в уходе за пациентом, ознакомлен с планом ухода.
17.2	План лечения и ухода своевременно реализуется (выполняется).
17.3	Для каждого пациента определяется одно лицо (лечащий врач или координатор лечения), ответственное за его лечение и уход в течение пребывания пациента организации. При смене этого лица, пациенту сообщается, кто будет его заменять.
17.4	Состояние пациентов повторно оценивают через промежутки времени, определенные в правилах организации, чтобы: 1) определить реакцию на реабилитационное или иное лечение; 2) запланировать дальнейшее лечение или выписку пациента. Результаты повторных осмотров, динамика состояния пациента в достижении целей лечения и ухода документируются в медицинской карте.
17.5	Пациенты могут получить помощь по требованию: 1) имея легкодоступный функционирующий звонок (кнопку) вызова у кровати и в ваннх комнатах/туалетах для пациентов; 2) медицинский персонал доступен в любое время в соответствии с графиком дежурств; 3) дежурный врач осматривает пациентов, требующих специального лечения, и вносит данные осмотра в медицинскую карту пациента.
17.6	Регулярно проводится оценка боли пациентов с использованием соответствующего инструмента/шкалы, по данным оценки проводится снижение боли в соответствии с правилами организации.
17.7	Безопасность пациента обеспечивается путем: 1) идентификации пациента двумя различными методами во время раздачи лекарственных препаратов, при переливании крови и продуктов крови, при заборе образцов крови и других образцов для клинического анализа или предоставлении любого другого лечения или процедуры; 2) верификации участка тела до проведения диагностической или лечебной процедуры; 3) использования процесса принятия устной или телефонной информации с проверочным повтором записанного полного текста информации лицом, получившим эту информацию.
17.8	Риск падения для каждого пациента: 1) оценивается повторно с записью в медицинской карте – через регулярные промежутки времени, а также после приема лекарств, повышающих риск падения (вызывающих головокружение, слабость), после процедур, повышающих риск падения (физиотерапия и тому подобное), 2) снижается или устраняется путем принятия мер (сопровождение пациента).
17.9	В течение всего времени оказания услуг пациенту поддерживается целостность и непрерывность путем: 1) совместных обходов, консилиумов; 2) передачи достаточной информации о пациентах при сдаче дежурства между сменами;

	<p>3) преемственности между службами и подразделениями;</p> <p>4) ведения медицинской карты пациента с внесением точных и своевременных записей о динамике состояния.</p>
17.10	План лечения пациента пересматривается в соответствии с результатами повторных осмотров и прогрессом в достижении определенных целей.
17.11	<p>Индикатор по идентификации пациентов:</p> <p>1) оценивается за определенный период времени;</p> <p>2) анализируется для возможных действий;</p> <p>3) данные предоставляются во время аккредитационного обследования.</p>
17.12	<p>Индикатор по передаче информации (при передаче смены, смена службы, передвижение между службами):</p> <p>1) оценивается за определенный период времени;</p> <p>2) анализируется для возможных действий;</p> <p>3) данные предоставляются во время аккредитационного обследования.</p>
<b>Окончание обслуживания</b>	
17.13	<p>Персонал готовит пациентов к переводу, выписке или окончанию обслуживания, и последующему лечению, там, где применимо, путем:</p> <p>1) планирования окончания услуг, поставляемых пациенту и его семье;</p> <p>2) оценки и документирования готовности пациента к выписке/ переводу и его текущих потребностей;</p> <p>3) с участием других лечебных организаций там, где требуется дальнейший уход или лечение (направление пациента в другие лечебные учреждения или в другие организации);</p> <p>4) выдачей рекомендаций по дальнейшему уходу.</p>
17.14	<p>Выписной эпикриз оформляется и</p> <p>1) выдается пациенту до выписки или перевода;</p> <p>2) содержит</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- причины госпитализации,</li> <li>- значимые заключения,</li> <li>- диагноз,</li> <li>- проведенное лечение иди уход, выполненные процедуры, принятые медикаменты,</li> <li>- состояние пациента при выписке,</li> <li>- указание того, были ли достигнуты цели ухода и лечения,</li> <li>- рекомендации по дальнейшему лечению и уходу пациента.</li> </ul>
<b>18.0 ЛАБОРАТОРНАЯ СЛУЖБА</b>	
Объем лабораторных услуг в организации четко определен	
18.1	Оказываемые услуги и их организация четко описаны (имеется список услуг и стандартные операционные процедуры)
18.2	Подготовлен и реализован План повышения качества
18.3	Руководитель лабораторной службы имеет соответствующую квалификацию (включая клинические и управленческие требования).
18.4	<p>Должностная инструкция руководителя лабораторной службы включает следующие обязанности :</p> <p>1) обзор клинической и технической компетентности персонала;</p> <p>2) передача полномочий, если применимо;</p> <p>3) участие в разборе жалоб;</p> <p>4) консультативная помощь при оценке нового оборудования;</p> <p>5) оказание консультативной помощи по клиническим и техническим процедурам, современной наилучшей практике и важным научным находкам для клинического и технического персонала;</p> <p>6) организация разработки всех клинических и технических правил, процессов и процедур;</p>

	7) несет ответственность за создание и функционирование системы управления качеством лабораторных услуг.
18.5	Руководитель лабораторной службы обеспечивает функционирование системы управления качеством лабораторных услуг.
18.6	Руководитель лабораторной службы обеспечивает, чтобы все лабораторные услуги предоставлялись в соответствии с установленными правилами и процедурами оказания услуг.
18.7	Руководитель лабораторной службы обеспечивает, чтобы проводился непрерывный мониторинг качества и выполнялся текущий план повышения качества.
<b>Ресурсы, имеющиеся для оказания качественных лабораторных услуг</b>	
18.8	Имеется надлежащая численность компетентного персонала, способного оказывать объем услуг лаборатории.
18.9	Имеется надлежащее оборудование для оказания объема услуг лаборатории, а также определены процедуры использования оборудования: 1) отбор; 2) квалификация, включая установку, работу и результативность; 3) идентификация и использование; 4) техническое обслуживание; 5) калибровка; 6) система сигнализации, если применимо; 7) информационные системы, включая системы электронной записи; 8) система обеспечения бесперебойного электропитания оборудования.
18.10	Здание и инфраструктура лаборатории соответствуют для безопасного оказания объема услуг лаборатории.
<b>19.0 МЕНЕДЖМЕНТ МЕДИКАМЕНТОВ</b>	
Управление и использование лекарственных средств является безопасным, эффективным и рациональным.	
19.1	Сертифицированный квалифицированный фармацевт доступен в любое время и: 1) проводит выбор, заказ, раздачу и распределение лекарственных средств; 2) контролирует фармацевтические услуги, предоставляемые медицинским персоналом; 3) проводит мониторинг назначенных лекарственных средств; 4) предоставляет консультации персоналу и пациентам.
19.2	Организация использует утвержденный перечень основных лекарственных средств (лекарственный формуляр), который: 1) подготовлен с учетом предоставляемых услуг, нужд пациента, научной обоснованности и экономической эффективности и доступности; 2) включает все необходимые терапевтические группы лекарственных препаратов; 3) включает списки лекарственных препаратов высокого риска, применяемых в организации; 4) доступен для медицинского персонала во всех клинических подразделениях; 5) является текущим и обновляется не менее одного раза в год.
19.3	Реанимационная сумка или тележка с лекарственными препаратами, которые могут срочно потребоваться в критических ситуациях, например, при остановке сердца: 1) имеется в наличии во всех местах, где находятся пациенты; 2) когда не используется, закрыта или прикреплена к стене (в случае с тележкой); 3) укомплектована в соответствии с утвержденным перечнем;

	4) доукомплектовывается после использования, включая инструкции по оказанию неотложной помощи.
19.4	Заказ, хранение, использование и списание лекарственных средств, подлежащих строгому учету, регулируются в соответствии с утвержденными положениями и процедурами: 1) хранение осуществляется в отдельном металлическом шкафу, прочно фиксированном к стене или полу; 2) заказ составляется уполномоченным специалистом с заполнением четно-отчетной документации; 3) все дозы были подсчитаны и зарегистрированы в книге учета медикаментов.
19.5	Все лекарственные средства с истекшим сроком годности или списанные по иным причинам (в том числе и препараты, возвращенные пациентами, неиспользованные лекарственные средства, подлежащие строгому учету), безопасно утилизируются в соответствии с письменной процедурой.
19.6	Организация разрабатывает подходы по повышению безопасности использования лекарственных средств: 1) концентрированные лекарственные средства хранятся отдельно от других лекарственных средств с дополнительным предупреждением, напоминающим персоналу о необходимости разбавления перед использованием; 2) запрещено хранение концентрированных электролитов (включая хлорид калия, фосфат калия, хлорид натрия >0.9 %, сульфат магния и других электролитов) в зонах пребывания пациентов; 3) все лекарственные средства, контейнеры для медикаментов, шприцы, системы для внутривенного вливания, поильники и др., находящиеся в стерильных зонах, маркируются; 4) внедрены и используются процессы с целью предотвращения ошибок назначения и применения препаратов высокого риска и концентрации, препаратов, имеющих схожую упаковку, или созвучных препаратов.
19.7	В организации имеется система, которая обеспечивает, что рецепты: 1) выдаются только уполномоченными медицинскими работниками, имеющими право назначать рецептурные препараты (зарегистрированными практикующими врачами); 2) заполнены разборчивым почерком и должным образом подписаны врачом; 3) включают возраст и пол пациента, предварительный или подтвержденный диагноз, частоту и продолжительность приема, дозу, форму лекарственных препаратов.
19.8	Персонал следует письменной политике, включая временные рамки и способ заказа, для устных заказов медикаментов в чрезвычайных обстоятельствах, которые были согласованы медицинским, медсестринским и фармацевтическим персоналом.
19.9	Все лекарственные препараты, выданные из аптеки и расфасованные, согласно этапам лекарственного менеджмента, должны по меньшей мере, иметь следующую маркировку: 1) наименование лекарственного препарата и указание его концентрации; 2) срок годности; 3) принимаемая доза и частота; 4) прочие письменные инструкции по использованию, в случае необходимости.
19.10	Пациенту, включая пациента на выписку, предоставляется письменная и устная информация относительно выписанного лекарственного препарата, включая: 1) стоимость, если применимо; 2) положительное действие (эффективность) и побочные эффекты; 3) риски несоблюдения инструкций; 4) безопасный и соответственный способ использования лекарственного препарата.
19.11	Имеется утвержденная больничная форма для назначений лекарственных препаратов, согласно которой назначаются все лекарственные препараты для отдельного клиента/пациента.

19.12	<p>Все лекарственные препараты для отдельного пациента выписываются согласно утвержденной больничной форме, листа назначения медикаментов или лекарственного формуляра медицинской организации:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ФИО (при его наличии) пациента;</li> <li>2) дата;</li> <li>3) лекарственный препарат, принимаемая доза и частота, и выдаваемое количество;</li> <li>4) продолжительность приема;</li> <li>5) ФИО (при его наличии) назначившего врача.</li> </ol>
19.13	<p>Организация определяет политику и процедуры по безопасному и точному назначению лекарственных препаратов, включая следующее:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) лекарственные препараты назначаются только врачами;</li> <li>2) лекарственные препараты назначаются в соответствии с пятью «правильно» - правильное лекарство, правильная доза, правильный способ применения, правильное время и правильный пациент;</li> <li>3) пациентов информируют относительно побочных эффектов лекарственных препаратов;</li> <li>4) когда и как лекарственные препараты можно принимать самому;</li> <li>5) безопасная дозировка педиатрических лекарственных препаратов в случае критической ситуации, если применимо;</li> <li>6) показания к назначению парентерального питания;</li> <li>7) документальное фиксирование каждой принятой дозы лекарственного препарата.</li> </ol>
19.14	<p>Безопасному, эффективному и экономному использованию лекарственных препаратов способствует фармацевтическая служба по мониторингу назначений посредством:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) определения несоответственного лекарственного препарата;</li> <li>2) мониторинга неблагоприятных реакций;</li> <li>3) мониторинга всех лекарственных препаратов с высоким риском;</li> <li>4) мониторинга антибиотиков на рациональное использование;</li> <li>5) мониторинга раздачи и других ошибок с медикаментами;</li> <li>6) проверки адекватности маркировки лекарственных препаратов и информации на листке-вкладыше в упаковке;</li> <li>7) визуального контроля лекарственных препаратов, для того, чтобы оценить их качество и сроки годности;</li> <li>8) способствования назначению экономичных и недорогих лекарственных препаратов.</li> </ol>
19.15	<p>Индикатор надлежащего использования профилактических антибиотиков (обязательное и своевременное введение):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оценивается за определенный период времени;</li> <li>2) анализируется для возможных действий;</li> <li>3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.</li> </ol>
19.16	<p>Индикатор ошибок при назначении и предоставлении медикаментов (неправильное лекарство, неверная доза, неверное применение):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оценивается за определенный период времени;</li> <li>2) анализируется для возможных действий;</li> <li>3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.</li> </ol>
<p><b>20.0 МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА</b></p>	
<p>Записи в медицинской карте пациента содержат достоверные, точные и всесторонние данные, и призваны для обеспечения безопасного и непрерывного лечения за пациентом.</p>	
20.1	<p>Персонал следует документированному процессу управления медицинскими записями о пациентах, включающему:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) проводимые записи, включая присвоение пациентам идентификатора;</li> <li>2) использование только общеизвестных символов и сокращений;</li> <li>3) поддержание стандартизованного формата с целью облегчения поиска информации в медицинских записях;</li> </ol>

	<p>4) своевременное оформление медицинской документации медицинскими сотрудниками;</p> <p>5) хранение, защиту, восстановление и архивирование медицинской документации пациента.</p>
20.2	<p>На каждого пациента оформляется медицинская карта, включающая всю информацию от врачей и оформленную в хронологическом порядке, благодаря которой возможна эффективная коммуникация и непрерывность лечения и ухода, включая:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дату и время поступления;</li> <li>2) анамнез заболевания;</li> <li>3) оформленный документально диагноз по каждой записи, сделанной другой службой;</li> <li>4) клинический осмотр;</li> <li>5) план лечения и ухода за пациентом, включая цели и ожидаемые результаты;</li> <li>6) план последующих действий в уходе за пациентом;</li> <li>7) назначения лекарственных средств;</li> <li>8) планирование лечебно-диагностических исследований и интерпретация полученных результатов;</li> <li>9) прочие детали ухода и лечения.</li> </ol>
20.3	<p>Записи в медицинской карте пациента, включая изменения, вносятся только уполномоченными лицами и отвечают следующим требованиям:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) вести записи разборчиво;</li> <li>2) производить записи своевременно;</li> <li>3) подписать с указанием ФИО (при его наличии);</li> <li>4) включать дату и время проводимых мероприятий;</li> </ol>
20.4	<p>В медицинской карте имеются записи, предупреждающие персонал о наличии неблагоприятного фона у пациента, таком как аллергический анамнез, неблагоприятные реакции на лекарственные средства, радиоактивная опасность и риск заражения.</p>
20.5	<p>В медицинской карте пациента имеется свидетельство о реализации плана лечения и ухода за пациентом, включающее следующие пункты:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) наблюдение;</li> <li>2) записи о консультациях;</li> <li>3) сведения и результаты вмешательств, и полученное информированное согласие;</li> <li>4) записи обо всех значительных событиях,</li> <li>5) реакцию организма на лечение и уход, а также прогресс в достижении целей;</li> <li>6) любые потенциально опасные происшествия, инциденты или неблагоприятные события.</li> </ol>
20.6	<p>Копия информации о медицинских услугах, предоставленная другим медицинским организациям и поставщикам после направления пациентов или после предоставления пациенту услуг, хранится в его медицинской карте.</p>
20.7	<p>Регулярно проводятся запланированные проверки медицинской документации с целью рассмотрения полноты, точности и своевременности заполнения.</p>
20.8	<p>Индикатор ошибок, связанных с медицинской документацией пациентов:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оценивается за определенный период времени;</li> <li>2) анализируется для возможных действий;</li> <li>3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.</li> </ol>
20.9	<p>Индикатор проведенных аудитов (службой внутреннего аудита):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оценивается за определенный период времени;</li> <li>2) анализируется для возможных действий;</li> <li>3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.</li> </ol>
<p><b>21.0 КАЧЕСТВО ЛЕЧЕНИЯ И УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ</b></p> <p>Организация постоянно отслеживает, оценивает и улучшает качество клинических процессов, и процессов связанных с уходом за пациентом.</p>	
	<p>По всем лечебно-профилактическим процедурам имеются стандартные процедуры, клинические руководства, протоколы и алгоритмы, которые:</p>

21.1	<p>1) разрабатываются на основании научных исследований и доказательств;</p> <p>2) утверждаются руководителем организации;</p> <p>3) используются для обучения и проведения аттестации (по меньшей мере, один раз в год) персонала по выполнению процедуры;</p> <p>4) выполняется назначенным персоналом.</p>
21.2	<p>Проверяется клиническое качество, а также результаты, примененные для улучшения, путем использования:</p> <p>1) графика экспертиз медицинских карт больного для оценки соответствия стандартам, стратегиям и процедурам;</p> <p>2) разбора случаев, подлежащих обязательной экспертизе в соответствии с нормативными актами.</p>
21.3	<p>Предоставление пациенту медицинских услуг отслеживается, результаты используются для улучшения следующих аспектов:</p> <p>1) времени ожидания;</p> <p>2) оценки состояния пациента;</p> <p>3) наличие, содержание и ведение медицинской документации;</p> <p>4) инфекционный контроль и отчетность;</p> <p>5) рациональное использование антибиотиков;</p> <p>6) ошибки назначения лекарственных средств и неблагоприятные реакции при использовании препаратов;</p> <p>7) использование ограничений и изоляции.</p>
21.4	<p>Внедрен процесс по выявлению ошибок при назначении лекарственных препаратов и информирования о неблагоприятных событиях при использовании лекарственных средств:</p> <p>1) информация своевременно сообщается в соответствии с установленной процедурой;</p> <p>2) анализ полученных данных используется для улучшения качества с целью снижения уровня ошибок при назначении и использовании лекарственных препаратов.</p>
21.5	<p>В организации создана Форумная комиссия, анализирующая использование антибактериальных препаратов в лечении пациентов для определения эффективности лечения и контроля за развитием резистентности к антибиотикам, рациональным использованием лекарственных препаратов.</p>
21.6	<p>Показатели, разработанные для приоритетных болезней и ключевых клинических процессов, например, время ожидания, повторная госпитализация, ошибки в назначении лекарственных препаратов, уровень инфекции:</p> <p>1) определяются на непрерывной основе;</p> <p>2) измеряются с согласованной частотой;</p> <p>3) информация передается в соответствующие комитеты, руководству и персоналу;</p> <p>4) определенные услуги, предоставленные за определенный промежуток времени сравниваются с исходными данными;</p> <p>5) информация используется для повышения качества.</p>

Приложение 5 к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 2 октября 2012 года № 676

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

Сноска. Приказ дополнен приложением 5 в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РК от 08.04.2016 № 266 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

## РАЗДЕЛ «А»: РУКОВОДСТВО

№	Измеряемые критерии
<b>1.0 ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ</b>	
Этические нормы определяют направление деятельности организации и процесс принятия решений.	
1.1	Руководство организации коллективно и с учетом рекомендаций заинтересованных сторон определяет миссию, видение организации для планирования и определения направлений развития организации.
1.2	В организации имеется определенный комплекс ценностей, которыми она руководствуется при принятии решений и определении правил поведения сотрудников.
1.3	Медицинская организация разрабатывает правила этики, охватывающие вопросы в отношении деятельности организации и обслуживания пациентов.
1.4	Персонал регулярно проходит обучение по вопросам этики и деонтологии.
1.5	В организации внедрен процесс выявления, анализа и принятия мер по фактам нарушения норм этики.
<b>2.0 УПРАВЛЕНИЕ</b>	
В организации осуществляется эффективное управление в соответствии с ее правовым статусом и ответственностью.	
2.1	Обязанности руководства организации включают следующее: 1) определение и рассмотрение этических норм; 2) согласование и утверждение стратегического, оперативного планов организации, а также плана по повышению качества услуг; 3) утверждение бюджета и обеспечение организации соответствующими ресурсами для выполнения поставленных целей и задач; 4) мониторинг и оценка достижения результатов стратегических и оперативных планов и качества услуг; 5) назначение или утверждение руководителей структурных подразделений и оценка эффективности их деятельности.
2.2	Организация действует в соответствии с законодательством Республики Казахстан, и имеет требуемые учредительные документы, в том числе: 1) свидетельство или справка о государственной (учетной) регистрации (перерегистрации); 2) устав (положение); 3) Бизнес идентификационный номер (БИН).
2.3	Руководство организации обеспечивает осуществление деятельности путем: 1) получения, рассмотрения и реагирования на предписания государственных органов; 2) своевременной подготовки предложений по актуализации действующих нормативных правовых документов; 3) принятия активных действий по доведению их до заинтересованных лиц; 4) обеспечения доступности базы нормативных правовых документов для персонала организации.
2.4	Организация информирует общественность: 1) об оказываемых услугах и условиях их получения; 2) о деятельности и принимаемых решениях, которые могут повлиять на предоставляемые

услуги;  
3) о качестве оказываемых услуг и достигнутых результатах.

### 3.0 СТРАТЕГИЧЕСКОЕ И ОПЕРАТИВНОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ

Организация планирует свои услуги с целью удовлетворения потребностей населения и осуществляет четкое руководство по его реализации.

3.1	В стратегическом плане развития, разработанном руководством совместно с персоналом, излагаются долгосрочные цели, задачи, стратегии для осуществления целей организации.
3.2	Стратегический план основан на: 1) миссии, видении, целях и этических нормах организации; 2) потребностях обслуживаемого населения; 3) анализа полученных отзывов от пациентов/ семей и общественности; 4) количественных и качественных показателей оказания услуг; 5) правительственных стратегиях и приоритетах в здравоохранении; 6) ожидаемых результатов по достижению целей и задач организации (индикаторах оценки).
3.3	Комплексный годовой (оперативный) план работы разработан и согласован со всеми структурными подразделениями организации: 1) в соответствии со стратегическим планом; 2) с рассмотрением непосредственных приоритетов; 3) содержит задачи и план мероприятий по основным услугам; 4) определяет укомплектование штата, финансовые и материальные ресурсы для обеспечения выполнения запланированных действий.
3.4	Организацией и ее структурными подразделениями регулярно рассматривается достигнутый прогресс в реализации годового плана в сравнении с целями и планом мероприятий: 1) уровень достижения целей и ожидаемых результатов; 2) выполнение запланированных действий; 3) адекватность ресурсной поддержки; 4) соблюдение запланированных сроков; 5) нереализованные задачи и проблемы; 6) дальнейшие планируемые шаги.
3.5	Служба внутреннего аудита или эксперт организации проводит анализ достигнутых результатов в сравнении с годовым планом, информация предоставляется руководителю организации и руководителям структурных подразделений для планирования дальнейших действий.
3.6	Решения относительно планируемых улучшений, внесенных в годовой план, сообщаются и обсуждаются с персоналом и передаются при необходимости соответствующим внешним службам.

### 4.0 ОБЩЕЕ УПРАВЛЕНИЕ

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

4.1	Руководитель организации является ответственным и отчетывается за следующее: 1) все оперативные вопросы, включая управление рисками и повышение качества, инфекционный контроль, охрану здоровья/труда и безопасность; 2) о клинической, управленческой и финансовой деятельности перед руководящим органом и вышестоящими государственными органами; 3) реагирование на любые сообщения, полученные от контрольных и регулирующих органов.
4.2	Руководитель организации имеет образование, квалификацию, стаж и опыт работы.
4.3	В должностной инструкции руководителя организации определены его функции.
4.4	Эффективность работы руководителя организации определяется достижениями в деятельности организации, отчет по исполнению запланированных мероприятий предоставляется в вышестоящую организацию.

4.5	Функции и полномочия каждого структурного подразделения определены с участием каждого сотрудника и доведены до сведения сотрудников.
4.6	Каждое подразделение организации возглавляется руководителем, имеющим образование, квалификацию, стаж и опыт работы.
4.7	Лица, ответственные за медицинскую деятельность организации, обеспечивают: 1) планирование и оценку клинической практики; 2) предоставление консультаций по клиническим вопросам руководителю организации и заведующим подразделениями; 3) мониторинг стандартов клинического лечения; 4) контроль и оказание содействия персоналу.
4.8	Организационная структура: 1) оформлена документально и представлена в виде схемы; 2) соответствует целям, задачам и функциям организации; 3) четко отражает структуру подчинения персонала; 4) помогает отделам и службам скоординировать планирование и оказание услуг.
4.9	Структура организации регулярно рассматривается и четко доводится до сведения всего персонала организации и других соответствующих лиц.
4.10	Организация согласовывает свою деятельность и услуги, предоставляя планы и стратегии государственным органам или другим организациям в целях обеспечения преемственности.
<b>5.0 УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ И ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА</b>	
Организация сводит к минимуму возможные риски, постоянно проводит их мониторинг и оценку, а также повышает качество предоставляемых услуг.	
5.1	План управления рисками организации: 1) основан на информации, полученной из стратегического плана; результатах анализа клинических показателей; результатах анализа отзывов пациентов и неблагоприятных событий; службы инфекционного контроля; 2) результатах анализа укомплектования персоналом и обеспечения ресурсами; результатах анализа состояния окружающей обстановки; 3) определяет, оценивает и располагает по приоритетам все риски с точки зрения их вероятности и последствий нанесенного вреда здоровью и материального ущерба; 4) включает стратегии управления такими рисками; 5) имеется в наличии и распространяется среди персонала для ознакомления.
5.2	Организация обучает своих сотрудников правилам снижения рисков, путем: 1) обнаружения, оценки и сообщения о ситуациях, включающих риск; 2) управления ситуациями, имеющими потенциальный риск; 3) предотвращения или контроля инфекции; 4) безопасного использования оборудования и материалов; 5) безопасного метода транспортировки людей и грузов.
5.3	План управления рисками регулярно проверяется и пересматривается в целях обеспечения его эффективности путем: 1) контроля за фактическим выполнением требований правил управления рисками; 2) пересмотра определенных рисков; 3) внесения улучшений в план управления рисками, используя результаты, полученные в процессе контроля выполнения требований, правил управления рисками и пересмотра определенных рисков.
5.4	В организации имеется непрерывная система повышения качества услуг, включающая: 1) участие всех подразделений организации; 2) определение приоритетов организации по контролю качества предоставляемых услуг и их обновление с учетом нужд и потребностей пациентов, процессов, которые представляют

	<p>высокий риск, большой объем, являются дорогостоящими или проблемными;</p> <p>3) сбор, анализ и оценку данных мониторинга и аудита;</p> <p>4) информирование руководства и сотрудников.</p>
5.5	<p>Ежегодный план повышения качества:</p> <p>1) разрабатывается совместно с руководителями структурных подразделений;</p> <p>2) подробно определяет мероприятия по контролю качества, планы действия, их цели и методы достижения;</p> <p>3) определяет график проведения аудита, сбора данных по качественным показателям;</p> <p>4) определяет ответственных лиц и сроки исполнения.</p>
5.6	<p>План повышения качества включает мониторинг, отчетность и оценку:</p> <p>1) показателей эффективности лечения по приоритетным заболеваниям и ключевым процессам, например, время ожидания, уровень повторной заболеваемости и госпитализации, ошибки в назначении лекарственных средств, инфекции и несчастные случаи;</p> <p>2) удовлетворенности пациента и его семьи, оказанными услугами.</p>
5.7	<p>Руководители структурных подразделений ответственны за реализацию плана по повышению качества, включая следующее:</p> <p>1) мониторинг соответствующих показателей;</p> <p>2) мониторинг выполнения стандартов, политик, процедур, клинических протоколов и правил;</p> <p>3) рассмотрение фактов обращений и предложений со стороны пациентов и их семей;</p> <p>4) проекты по улучшению качества оказываемых услуг.</p>
5.8	<p>Внутренняя служба по контролю качества:</p> <p>1) получает отчеты по мероприятиям обеспечения качества;</p> <p>2) анализирует собранные данные и классифицирует их по направлениям;</p> <p>3) отчитывается перед руководителями структурных подразделений и руководителями организации.</p>
5.9	<p>Информация и отчеты о повышении качества обсуждаются на производственных или клинических встречах и конференциях. Сотрудники организации, руководители структурных подразделений и руководство организации участвуют в принятии решений по определенным действиям в области улучшения качества.</p>
5.10	<p>Проводится аудит организации с целью оценки качества предоставляемых услуг и соответствия с утвержденными клиническими протоколами и правилами:</p> <p>1) уполномоченным лицом/группой экспертов;</p> <p>2) в соответствии с графиком проведения клинических аудитов использования клинических протоколов, которые имеются в достаточном количестве.</p>
5.11	<p>Результаты клинического аудита и обзора клинических случаев:</p> <p>1) обсуждаются в работе соответствующих комиссий, на собраниях или конференциях;</p> <p>2) используются для улучшения процессов оказания медицинской помощи;</p> <p>3) включаются в отчеты в рамках выполнения программы повышения качества.</p>
5.12	<p>Мероприятия по повышению качества запланированы, предприняты соответствующие меры и действия, оценена эффективность действий. Персонал, клиенты/ пациенты информированы о результатах оценки.</p>
5.13	<p>Персонал следует документированным политикам и процедурам при выполнении своих должностных обязанностей в каждом структурном подразделении.</p>
5.14	<p>Политики и процедуры, утвержденные руководством:</p> <p>а) обновляются;</p> <p>б) разрабатываются с участием персонала;</p> <p>в) легко доступны персоналу на рабочих местах;</p> <p>г) официально пересматриваются, по меньшей мере, раз в три года, или чаще по мере необходимости.</p>

## РАЗДЕЛ «В»: УПРАВЛЕНИЕ РЕСУРСАМИ

### 6.0 УПРАВЛЕНИЕ ФИНАНСАМИ

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

6.1	Руководство ежегодно утверждает план финансово-хозяйственной деятельности: 1) подготовленный финансово-экономическим блоком организации; 2) с участием персонала организации; 3) основанный на предполагаемых доходах и сметах расходов; 4) на основе задач и планируемых мероприятий годового плана.
6.2	Порядок и процедуры финансовой деятельности организации документируются и включают следующее: 1) оперативность выставления счетов и оплаты счетов; 2) бухгалтерский учет; 3) полномочия по закупке и расходованию средств, процедура передачи полномочий; 4) страхование; 5) управление активами.
6.3	Бухгалтерский учет основан на достоверной финансовой информации обо всех источниках доходов и расходов, и обеспечивает своевременные и точные финансовые отчеты для принятия решений.
6.4	Прибыли, убытки и расходы на услуги регулярно отслеживаются в сравнении с бюджетами предоставляются руководству организации в виде ежемесячных финансовых отчетов.
6.5	Существует система внутреннего финансового контроля и аудита.
6.6	Внешний финансовый аудит проводится в соответствии с нормативными правовыми актами.
6.7	Услуги, осуществляемые на платной основе: 1) имеется прейскурант цен; 2) цены рассчитаны на основе затрат; 3) оплата платных услуг проводится в соответствии с законодательством Республики Казахстан.
6.8	Список утвержденных платных услуг и их цен доступен населению.
6.9	Организация проводит аудит платных услуг для подтверждения, что: 1) цены соответствующие, а расходы и платежи осуществляются надлежащим образом, согласно документально оформленным процессам; 2) средства используются по целевому назначению.
6.10	Оплата труда сотрудникам, перечисления в пенсионный фонд и другие обязательные отчисления: 1) осуществляются своевременно; 2) основаны на утвержденной структуре заработных плат и вознаграждений сотрудникам организации.
6.11	Отчеты своевременно заполняются и направляются в налоговые органы и органы государственной статистики.

### 7.0 ИНФОРМАЦИОННОЕ УПРАВЛЕНИЕ

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

7.1	В организации имеется единая автоматизированная информационная система по управлению ее деятельностью, включающая: 1) наличие совместимых компьютеров и пакетов прикладных программ, отвечающих нуждам каждого отдела; 2) лицензионное программное обеспечение;
-----	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3) управление текущими расходами;</li> <li>4) процедуры необходимых обновлений программного обеспечения;</li> <li>5) текущее техническое обслуживание;</li> <li>6) обучение персонала.</li> </ul>
7.2	<p>Организация обеспечивает конфиденциальность, безопасность и целостность информации путем:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) установки уровней защиты для доступа персонала к особо важной информации;</li> <li>2) обучения персонала о неразглашении частной или личной информации и соблюдения конфиденциальности;</li> <li>3) ограничения доступа к конфиденциальной информации, в том числе информации о пациенте.</li> </ul>
7.3	<p>Документально оформленные процедуры защиты информации используются персоналом и включают:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) создание резервных копий файлов;</li> <li>2) хранение резервных копий;</li> <li>3) восстановление данных в случае чрезвычайных ситуаций</li> </ul>
7.4	<p>Персонал организации имеет доступ к надежным Интернет-ресурсам и телекоммуникационным технологиям для выполнения своих профессиональных обязанностей.</p>
7.5	<p>Персонал получает информацию о достижениях и передовых технологиях в здравоохранении посредством:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) предоставления актуальной медицинской информации, руководств по эксплуатации медицинского оборудования, достоверной информации баз доказательной медицины Кокрановского содружества, Национальной медицинской библиотеки США, Британского национального формуляра Национального института здоровья и клинического совершенства Великобритании;</li> <li>2) участия в профессиональных конференциях, семинарах, мастер-классах, тренингах и учебных программах.</li> </ul>
7.6	<p>Организация использует стандартный процесс управления документацией, соответствующий требованиям законодательства Республики Казахстан и включающий следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) утвержденную номенклатуру дел с указанием сроков хранения;</li> <li>2) файлы/папки во всех отделениях сводятся в единую номенклатуру;</li> <li>3) документы хранятся в папках в соответствии с номенклатурой дел.</li> </ul>
7.7	<p>Внутренние документы, регулирующие деятельность организации:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) утверждены и подписаны ответственным лицом;</li> <li>2) имеют дату ввода и сроки действия;</li> <li>3) обновляются по потребности;</li> <li>4) контролируются на своевременность выполнения ответственными лицами.</li> </ul>
7.8	<p>Медицинские записи о пациентах:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) защищены от потери, уничтожения, искажения и неправомерного доступа или использования;</li> <li>2) доступны только уполномоченному персоналу;</li> <li>3) удобны для доступа, но с соблюдением конфиденциальности;</li> <li>4) не выносятся из помещения без специального разрешения.</li> </ul>
7.9	<p>Медицинская документация хранится:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) в соответствии с правилами по хранению документов, их передаче в архив и правилами получения документов из архива;</li> <li>2) под руководством ответственного лица;</li> <li>3) помещение архива находится в защищенном от доступа посторонних лиц и оборудовано стеллажами (шкафами);</li> </ul>

4) выписки из истории болезни предоставляются только определенным лицам по запросу компетентных органов либо иных лиц в рамках действующего законодательства.

## 8.0 УПРАВЛЕНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ

Эффективное планирование и управление человеческими ресурсами повышает производительность труда персонала и является инструментом в достижении организацией поставленных целей и задач.

8.1	<p>В организации используется документированный процесс для определения:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) уровня укомплектованности персонала, необходимого для выполнения планируемых объемов услуг и работ;</li><li>2) уровня требуемого стажа и опыта;</li><li>3) наиболее эффективной и рациональной структуры профилей и должностей персонала.</li></ol>
8.2	<p>Организация разрабатывает и использует политику и процедуры по управлению штатом, включающую назначение, отбор, обучение, оценку, поощрение, сохранение и привлечение компетентного персонала в целях выполнения поставленных задач по оказанию услуг.</p>
8.3	<p>Квалификация специалистов и структура профессиональных навыков персонала:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) соответствуют функциям каждого подразделения;</li><li>2) пересматриваются ежегодно при планировании или по потребности.</li></ol>
8.4	<p>На все штатные должности разработаны должностные инструкции, которые утверждены руководством организации. Должностные инструкции доступны каждому сотруднику и включают:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) квалификацию, навыки, подготовку, опыт работы, требуемые для занятия штатной должности;</li><li>2) функциональные обязанности;</li><li>3) подотчетность;</li><li>4) сроки пересмотра.</li></ol>
8.5	<p>Назначение/прием на должность производится:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) подписанием договора в соответствии с трудовым законодательством и обеспечением равных возможностей трудоустройства между работником и организацией;</li><li>2) в соответствии с требованиями, изложенными в должностной инструкции.</li></ol>
8.6	<p>До назначения/приема специалиста, допущенного к клинической практике, организация:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) проводит оценку его клинических знаний и навыков;</li><li>2) проводит проверку предоставленной первичной документации (дипломы, сертификаты);</li><li>3) оформляет личное дело с указанием послужного списка, трудового стажа и опыта работы.</li></ol>
8.7	<p>Каждый сотрудник подписывает оригинал своей должностной инструкции, копия которой имеется в том подразделении, где он/а работает.</p>
8.8	<p>Каждый сотрудник проходит инструктаж для ознакомления с организацией, ее целями и задачами, а также со своими должностными обязанностями, в соответствии с документированной программой введения в должность.</p>
8.9	<p>Персонал в организации идентифицируется посредством:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ношения специальной медицинской одежды или униформы для технических работников;</li><li>2) бейджей с указанием фамилии, имени, отчества (при его наличии) и занимаемой должности.</li></ol>
8.10	<p>В организации проводится процедура оценки результатов работы специалистов на предмет:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) соответствия целям и задачам, указанным в должностных инструкциях;</li><li>2) определения достижений и нуждающихся в повышении квалификации;</li><li>3) процедура документируется и подписывается сотрудником и руководителем подразделения;</li><li>4) подшивается к личному делу.</li></ol>

8.11	<p>В организации существует механизм мониторинга деятельности всего клинического персонала, который включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) мониторинг того, что клинический персонал имеет достаточную непрерывную клиническую практику для сохранения своей компетентности;</li> <li>2) реагирование на проблемы, связанные с компетентностью персонала, посредством дополнительного наставничества, обучения или других процедур;</li> <li>3) мониторинг того, что клинический персонал занимается клинической деятельностью в рамках своих полномочий и компетенций;</li> <li>4) регулярную проверку сведений о профессиональной квалификации и компетенций сотрудников.</li> </ol>
8.12	<p>Составляется бюджет и ежегодный план по повышению квалификации специалистов на основе:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) анализа потребностей в дополнительной подготовке сотрудников;</li> <li>2) анализа потребностей организации, связанных с оказанием услуг.</li> </ol>
8.13	<p>В организации имеется политика непрерывного профессионального и дополнительного образования, предусматривающая:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) регулярное повышение квалификации медицинских работников (не реже 1 раза в пять лет для врачей и среднего медицинского персонала);</li> <li>2) средства для повышения квалификации.</li> </ol>
8.14	<p>Существует полная документированная информация о каждом сотруднике организации, включая записи об обучении, которая относится к конфиденциальной и хранится в защищенном месте.</p>
8.15	<p>В медицинской организации проводится анализ ключевых показателей управления человеческими ресурсами, таких как, текучесть кадров, удовлетворенность условиями труда, в том числе на основании анонимных опросов (анкетирования) сотрудников, результаты которых используются для улучшения (принимаются меры).</p>

## РАЗДЕЛ «С»: УПРАВЛЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТЬЮ

<b>9.0 БЕЗОПАСНОСТЬ ЗДАНИЙ</b>	
Окружающая среда организации является безопасной и комфортной для пациентов, персонала и посетителей.	
9.1	<p>Здания организации:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) отвечают потребностям в площади и расположении подразделений при предоставлении услуг пациентам в повседневной работе и во время чрезвычайных ситуаций;</li> <li>2) при обнаружении дефектов своевременно ремонтируются;</li> <li>3) отвечают требованиям строительных норм и правил;</li> <li>4) отвечают требованиям санитарных правил.</li> </ol>
9.2	<p>В организации принимаются меры по обеспечению безопасности в соответствии с письменной политикой и процедурами, с целью защиты:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) персонала, работающего в одиночку или в изолированном помещении;</li> <li>2) пациентов, посетителей и персонала от угрозы физического насилия и потери имущества в дневное и ночное время;</li> <li>3) лекарственных средств от краж и хищений;</li> <li>4) здания, оборудования и имущества от повреждения или утери.</li> </ol>
9.3	<p>По всей территории организации на видных местах установлены легко читаемые знаки по технике безопасности, включая знаки:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) направлений;</li> <li>2) запрета курения;</li> <li>3) запретных зон и прочих предупреждений;</li> <li>4) опасности радиоактивного излучения в помещении;</li> </ol>

	<p>5) противопожарного оборудования;</p> <p>6) схем эвакуации при чрезвычайных ситуациях;</p> <p>7) указателей ближайшего выхода.</p>
9.4	<p>Территория организации обслуживается в должном объеме и соответствует транспортным требованиям:</p> <p>1) имеются свободные подъездные пути;</p> <p>2) отведено парковочное место для автомобилей организации, автомобилей пациентов и посетителей.</p>
9.5	<p>В организации имеется возможность передвижения пациентов и посетителей с ограниченными физическими возможностями, и перемещения грузов:</p> <p>1) обеспечение работающих пассажирских лифтов в зданиях, состоящих из двух и более этажей, служебных лифтов в лечебные отделения выше второго этажа;</p> <p>2) пандус, подходящий для детских колясок, кресло-колясок, каталок и тележек.</p>
9.6	<p>Организация имеет функционирующие водопроводные и канализационные системы, отвечающие требованиям санитарных правил:</p> <p>1) объекты подключаются к централизованным системам холодного, горячего водоснабжения и канализации;</p> <p>2) при отсутствии в населенном пункте централизованной системы водоснабжения используется привозная или вода из устройства местной системы, которая соответствует санитарно-эпидемиологическим требованиям;</p> <p>3) при размещении объекта в не канализованных и частично канализованных населенных пунктах предусматривается местная система канализации и вывозная система очистки.</p>
9.7	<p>Окружающая обстановка в организации способствует комфорту и безопасности персонала и пациентов:</p> <p>1) системы вентиляции, кондиционирования и отопления обеспечивают оптимальные условия микроклимата;</p> <p>2) помещения с постоянным пребыванием людей обеспечиваются естественным освещением. Все производственные и вспомогательные помещения обеспечиваются искусственным освещением;</p> <p>3) естественная и искусственная освещенность помещений объектов определяется параметрами в соответствии с требованиями санитарных правил.</p>
9.8	<p>Организация с целью создания комфортной рабочей среды управляет своими коммунальными службами и сводит к минимуму потенциальные риски:</p> <p>1) имеет в наличии альтернативные источники электричества и воды для предупреждения воздействия перебоев работы коммунальных служб на систему жизнеобеспечения организации и инфекционный контроль;</p> <p>2) обслуживание инженерных коммуникаций осуществляется квалифицированными, компетентными работниками, которые следуют надлежащим процедурам.</p>
9.9	<p>Организация обеспечивает условия для поддержания гигиены пациентов и персонала:</p> <p>1) все имеющееся технологическое, санитарно-техническое, инженерное и другое оборудование находится в исправном состоянии;</p> <p>2) обеспечиваются твердым и мягким инвентарем, в том числе одноразовыми изделиями медицинского назначения, дезинфицирующими средствами.</p>
<p><b>10.0 УПРАВЛЕНИЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМИ СИТУАЦИЯМИ И ПРОТИВОПОЖАРНОЙ БЕЗОПАСНОСТЬЮ</b></p> <p>Организация сводит к минимуму риски возникновения пожара и готова к чрезвычайным и критическим ситуациям.</p>	
10.1	<p>Организация разрабатывает детальный план мероприятий на случай пожара или иной чрезвычайной ситуации, который включает:</p> <p>1) ответственность за управление и координирование мер экстренного реагирования;</p> <p>2) процесс уведомления аварийных служб и персонала;</p> <p>3) систему экстренной связи;</p> <p>4) процедуру эвакуации людей из здания в случае необходимости.</p>

10.2	Персонал проходит ежегодное обучение в соответствии с планом реагирования при чрезвычайной ситуации, включая процедуры ориентации персонала при эвакуации, и участвует в мероприятиях по учебной тревоге.
10.3	Организация снижает риск возникновения пожара путем: 1) использования огнестойких строительных материалов; 2) обеспечения запасных путей эвакуации, таких как лестницы внутри здания и внешние пожарные лестницы; 3) обеспечения достаточным количеством средств пожаротушения (гидранты, пожарные шланги, огнетушители, системы автоматического водяного пожаротушения), расположенных в соответствующих местах и обозначенных надлежащим образом; 4) установки системы пожарной сигнализации и системы оповещения; 5) использования техники и устройств, для ограничения распространения пожара (противопожарные барьеры, противопожарные стены, пожарные двери и аварийные выключатели).
10.4	Системы аварийной сигнализации: 1) находятся в состоянии готовности и быть способны издавать звуковые сигналы, слышимые на необходимом расстоянии; 2) имеют необходимые настройки, которые содержатся в рабочем состоянии, тестируются в соответствии с программой планово-предупредительного технического обслуживания, полученные данные документируются.
10.5	Из всех зон здания организации имеются пути эвакуации, включая: 1) пути эвакуации в случае пожара, такие как дверные проемы, коридоры, пандусы или переходы, лестничные пролеты, всегда свободные от заграждений; 2) пожарные и противоподымные двери, которые должны хорошо открываются и закрываются вручную; 3) выходные двери, которые оставляются открытыми или фиксируются электрическими устройствами автоматического расцепления; 4) запрет запираения выходных дверей, за исключением особых случаев, когда есть адекватные запасные выходы.
10.6	Воспламеняющиеся вещества, газовые баллоны и другие потенциально опасные материалы и химические вещества хранятся и используются включая: 1) маркировку; 2) запираение помещений и обеспечение герметичности; 3) запираение контейнеров для хранения газовых баллонов или наличие ограждения, с целью недопущения посторонних лиц.
<b>11.0 БЕЗОПАСНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБОРУДОВАНИЯ И РАСХОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ</b>	
Организация использует оборудование, расходные материалы и медицинские приборы безопасно, эффективно и рационально.	
11.1	Организация планирует закупки, модернизацию и замену медицинских приборов и оборудования для обеспечения планируемых услуг с целью обеспечения бесперебойной работы всех приборов и оборудования.
11.2	Внедрена программа профилактического технического обслуживания и ремонта приборов и оборудования, включающая: 1) наличие графика планового испытания, осмотра, технического обслуживания и ремонта; 2) наличие инструкций на основе руководств по эксплуатации производителя, соответствующих электрических стандартов, стандартов по обращению с опасными веществами; 3) выполнение калибровки.
	Имеется процедура обнаружения и оповещения выявленных дефектов и отказов оборудования, включающая: 1) ведение журнала регистрации дефектов и неисправностей оборудования; 2) общепринятый бланк или журнал для персонала для подачи заявки на ремонт или замену

11.3	<p>оборудования;</p> <p>3) достаточное количество расходных материалов для проведения технического обслуживания и ремонта;</p> <p>4) регулярный обзор заявок;</p> <p>5) решения о списании и утилизации подлежащего ремонту или устаревшего оборудования в соответствии с установленными критериями;</p> <p>6) мониторинг и документирование всех заявок по ремонту, выполненным работ, произведенных закупок и время их выполнения.</p>
11.4	<p>Заклучены договора с компаниями, обеспечивающими поставки запасных частей и/или технические услуги, услуги управления отходами, профилактическое техническое обслуживание и ремонт медицинского и электрооборудования, в которых:</p> <p>1) установлены обязанности обеих сторон и требования к безопасности и качеству;</p> <p>2) указаны дата поставки, стоимость;</p> <p>3) содержатся условия контроля выполнения работ.</p>
11.5	<p>Организация обеспечивает безопасную и правильную эксплуатацию оборудования посредством:</p> <p>1) того, что все сотрудники, эксплуатирующие как новое, так и имеющееся оборудование, и медицинские приборы, проходят обучение по безопасной эксплуатации и техническому обслуживанию;</p> <p>2) того, что к эксплуатации специализированного оборудования допускаются квалифицированные специалисты, имеющие необходимые знания и навыки;</p> <p>3) имеется в наличии и доступны для персонала правила по технике безопасности и инструкции по медицинскому оборудованию.</p>
11.6	<p>Системы связи обеспечивают незамедлительное информирование о любом инциденте и включают следующее:</p> <p>1) наличие доступной телефонной связи во всех структурных подразделениях, а также для пациентов и ухаживающих лиц;</p> <p>2) для пациентов функционирующую систему сигнального оповещения медицинского персонала.</p>
11.7	<p>Все оборудование (лечебно-диагностическое, автоклавы) подключены к контуру заземления.</p>
11.8	<p>Сотрудники службы лучевой диагностики защищены от радиоактивного облучения путем:</p> <p>1) использования кабины радиационной защиты и других устройств и средств защиты;</p> <p>2) использования индивидуальных дозиметров ежемесячно замеряемых на радиационный фон, при превышении нормы которого выполняются надлежащие меры;</p> <p>3) проведения два раза в год радиационного контроля.</p>
11.9	<p>Внедрена и используется система управления поставками (лекарственных средств, изделия медицинского назначения, прочие товары и услуги), предусматривающая:</p> <p>1) оценку потребностей в клинических и неклинических поставках для каждого отделения;</p> <p>2) обеспечение своевременных поставок;</p> <p>3) учет движения запасов и контроль объема складских запасов;</p> <p>4) хранение товаров (лекарственных средств, изделий медицинского назначения и другие) в надлежащих условиях (на полках или на поддонах, в сухом и безопасном месте.);</p> <p>5) своевременную замену запасов до истечения срока годности.</p>
11.10	<p>В организации имеется в достаточном количестве моющие и дезинфицирующие средства, соблюдается график закупок и имеются акты списания этих средств, персонал обучен правилам применения средств согласно инструкциям.</p>
11.11	<p>Лекарственные средства и изделия медицинского назначения приобретаются, исходя из потребностей пациентов, что включает:</p> <p>1) соответствие видам предоставляемых услуг;</p> <p>2) соответствие утвержденным протоколам диагностики и лечения.</p>

11.12	<p>Структурное подразделение по лекарственному обеспечению использует систему управления запасами, которая включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) использование системы резервного запаса (наличие минимального объема запасов);</li> <li>2) наличие лекарственных средств и изделий медицинского назначения в наборе для экстренных случаев, немедленно восполняемых после использования;</li> <li>3) проверку качества, количества, номера партии, даты производства и срока годности приобретенных лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения при проведении приема от поставщика;</li> <li>4) наличие автоматизированной или иной системы учета для управления запасами и контроля истечения срока годности.</li> </ol>
11.13	<p>Медикаменты хранятся в соответствии с групповой принадлежностью:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) защищены от неблагоприятного воздействия света, влаги и экстремальных температур;</li> <li>2) защищены от вредителей;</li> <li>3) при достаточной вентиляции.</li> </ol>
11.14	<p>Температурный режим при хранении лекарственных средств отвечают требованиям производителя:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) холодильники запираются на замок и используются только для хранения лекарственных препаратов данного температурного режима;</li> <li>2) ведется контроль и запись температурного режима холодильника, и предпринимаются меры при отклонении температуры от заданного диапазона.</li> </ol>
<b>12.0 ЗДОРОВЫЕ УСЛОВИЯ ТРУДА</b>	
Программа гигиены труда персонала способствует безопасным и здоровым рабочим условиям.	
12.1	<p>Выполняются меры по поддержанию гигиены труда и здоровья персонала с документированием выполнения мер:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) биологический скрининг и профилактика риска профессионального заражения вирусами гепатита А, В и С, ВИЧ;</li> <li>2) по необходимости, обеспечение механическими подъемными устройствами для пациентов и обучение персонала обращением с ними;</li> <li>3) профилактику получения травм иглой и повреждения глаз;</li> <li>4) контроль радиационной безопасности (если применимо);</li> <li>5) обеспечение удобным рабочим местом.</li> </ol>
12.2	<p>Организация предоставляет средства и услуги для обеспечения здоровья сотрудников, включающая:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) аптечки или наборы для оказания первой помощи;</li> <li>2) срочный осмотр и лечение (производственной травмы, уколы от неосторожного обращения с иглами, повреждения глаз);</li> <li>3) контроль рабочей нагрузки и психологическая поддержка для минимизации стресса и его контроля.</li> <li>4) персоналу, который подвергается потенциальным опасностям при выполнении своих служебных обязанностей, предоставляется соответствующая защитная одежда (спецодежда, фартуки, маски, перчатки, колпаки, защитные очки, для сотрудников радиологической службы - свинцово-резиновые фартуки).</li> </ol>
12.3	<p>Сотрудники обучаются технике безопасности, включая:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) безопасность на рабочем месте;</li> <li>2) выявление и сообщение о происшествиях, авариях и несчастных случаях, в которых пациенты, персонал были травмированы или могли быть травмированы на рабочем месте при исполнении служебных обязанностей.</li> </ol>
12.4	<p>Организация ежегодно оценивает удовлетворенность сотрудников условиями труда, гарантируя:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ознакомление персонала с результатами проведенного исследования;</li> <li>2) принятие управленческих мер по результатам выявленных проблем.</li> </ol>

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

	разное время суток, при любом отклонении от нормы предпринимаются меры по их устранению.
13.5	Наличие холодильного и морозильного оборудования согласно количеству и объекту принимаемого сырья и готовой продукции.
13.6	Все помещения в организации соответствуют санитарным правилам, содержатся в чистоте, без насекомых и грызунов, разделены по функциональным зонам, таким как, раздача пищи и мытье посуды.
13.7	<p>Пищеблок регулярно проверяется на наличие:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) работающего кухонного оборудования и технологического оборудования для приготовления пищи;</li> <li>2) маркировки уборочного инвентаря в соответствии с его назначением;</li> <li>3) отдельных разделочных столов, ножей и досок для резки сырых и вареных продуктов;</li> <li>4) столов для работы с продуктами из нержавеющей стали или прочного алюминия;</li> <li>5) столов для разделки сырого мяса из оцинкованного железа с закругленными углами;</li> <li>6) отдельных раковин для мытья овощей и посуды;</li> <li>7) планировка дает возможность разделения функций;</li> <li>8) помещения содержатся в чистоте и отвечают санитарно-эпидемиологическим требованиям.</li> </ol> <p>9) ежедневная органолептическая оценка качества блюд с ведением записи в журнале установленной формы.</p>
13.8	Наличие производственного контроля
13.9	Квалифицированный врач-диетолог или диетсестра осуществляют надзор за приготовлением блюд диетических столов для пациентов.
<b>14.0 ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ</b>	
Организация проводит контроль и профилактику инфекционных заболеваний.	
14.1	Для профилактики и снижения распространения внутрибольничной инфекции, организация коллективно разрабатывает программу по инфекционному контролю, выполняемую во всех структурных подразделениях организации.
14.2	<p>Надзор за программой инфекционного контроля осуществляется комиссией по инфекционному контролю, состоящей из представителей соответствующих структурных подразделений, имеющей четкий круг полномочий и ответственной за:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) разработку и мониторинг программы инфекционного контроля;</li> <li>2) утверждение и обзор всех политик и процедур по инфекционному контролю и проведение мероприятий;</li> <li>3) координацию всех мероприятий по инфекционному контролю;</li> <li>4) рассмотрение и анализ данных по инфекционному контролю не реже одного раза в год;</li> <li>5) принятие надлежащих мер при выявлении недостатков инфекционного контроля;</li> <li>6) оценку эффективности принятых мер.</li> </ol>
14.3	<p>Программа инфекционного контроля реализуется квалифицированными специалистами (медицинские сестры и/или врачи), в чьи должностные обязанности входит:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) реализация программы инфекционного контроля, учитывая рекомендации и замечания сотрудников и пациентов, где применимо;</li> <li>2) реализация политик;</li> <li>3) обучение персонала;</li> <li>4) консультации по инфекционному контролю;</li> <li>5) разработка и применение методов контроля, включая обзор методов борьбы с инфекцией;</li> <li>6) предоставление отчетов и рекомендаций.</li> </ol>
14.4	<p>Проводится регулярный сбор, сравнение и анализ информации о выявленных случаях инфекций для оценки эффективности мероприятий и показателей по инфекционному контролю:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) результаты своевременно сообщаются в комиссию по инфекционному контролю и руководству клиники и соответствующим сотрудникам;</li> </ol>

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

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

## РАЗДЕЛ «D»: УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ

<b>15.0 ПРАВА ПАЦИЕНТА И СЕМЬИ</b>	
Организация реализует политику по защите прав пациентов и их семей	
15.1	Информация о правах и обязанностях пациента и семьи размещена на государственном и русском языках в местах пребывания пациентов и включает право на: 1) достоинство и уважительное отношение; 2) охрану и безопасность, защиту от физического насилия; 3) неприкосновенность частной жизни;

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

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

	<p>состоянии и доступны круглосуточно;</p> <p>3) пациентам выделяют койку с чистым бельем;</p> <p>4) информация о необходимой сменной одежде, обуви.</p>
<b>Осмотр пациента</b>	
16.4	Пациентам проводится осмотр с участием мультидисциплинарной команды (реабилитолог, невролог, физиотерапевт или специалист по ЛФК, средний медперсонал по уходу и другие специалисты) в течение 8 часов после госпитализации.
16.5	<p>Первичный осмотр пациента проводится согласно утвержденной форме осмотра, где документируется следующее:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) жизненно важные показатели (температура, давление, пульс, частота дыхания);</li> <li>2) анамнез заболевания;</li> <li>3) аллергологический и медикаментозный анамнез;</li> <li>4) физикальный осмотр (по системам);</li> <li>5) оценка боли;</li> <li>6) оценка риска падения;</li> <li>7) оценка функционального статуса (способность к самообслуживанию);</li> <li>8) оценка психологического, социально-экономического статуса;</li> <li>9) если применимо, духовных потребностей;</li> <li>10) признаки насилия, жестокого или невнимательного обращения (синяки или царапины на коже или из опроса);</li> <li>11) нутриционный скрининг.</li> </ol>
16.6	<p>В организации есть процесс выявления жертв насилия, жестокого или невнимательного обращения:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) определены критерии, по которым информация о таких пациентах должна сообщаться в соответствующие внешние организации;</li> <li>2) при наличии признаков насилия, жестокого или невнимательного обращения (синяки или царапины на коже или из опроса), медицинская организация сообщает об этом в соответствующие организации и принимает меры по их предотвращению;</li> <li>3) персонал обучен правилам и процессу выявления жертв насилия, жестокого или невнимательного обращения</li> </ol>
<b>Планирование лечения и ухода за пациентом</b>	
16.7	Мультидисциплинарная команда (реабилитолог, невролог, физиотерапевт или специалист по ЛФК, средний медперсонал по уходу и другие специалисты по необходимости) коллективно определяет первичный диагноз и план лечения и ухода, которые документируются в медицинской карте.
16.8	<p>План лечения и ухода обоснован:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) отражает потребности пациента согласно осмотру и исследованиям,</li> <li>2) содержит цели и ожидаемые результаты ухода,</li> <li>3) соответствует утвержденным протоколам диагностики и лечения.</li> </ol>
<b>17.0 ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ.</b>	
Своевременное и безопасное лечение и уход за пациентом предоставляются в соответствии с планом лечения и ухода за пациентом и предоставление услуг завершается согласно плану.	
17.1	Медперсонал, участвующий в уходе за пациентом, ознакомлен с планом ухода.
17.2	План лечения и ухода своевременно реализуется (выполняется).
17.3	Для каждого пациента определяется одно лицо (лечащий врач или координатор лечения), ответственное за его лечение и уход в течение пребывания пациента организации. При смене этого лица, пациенту сообщается, кто будет его заменять.
17.4	<p>Состояние пациентов повторно оценивают через промежутки времени, определенные в правилах организации, чтобы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) определить реакцию на реабилитационное или иное лечение;</li> <li>2) запланировать дальнейшее лечение или выписку пациента.</li> </ol>

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

	3) с участием других лечебных организаций там, где требуется дальнейший уход или лечение (направление пациента в другие лечебные учреждения или в другие организации); 4) выдачей рекомендаций по дальнейшему уходу.
17.14	Выписной эпикриз оформляется и 1) выдается пациенту до выписки или перевода; 2) содержит - причины госпитализации, - значимые заключения, - диагноз, - проведенное лечение или уход, выполненные процедуры, принятые медикаменты, - состояние пациента при выписке, - указание того, были ли достигнуты цели ухода и лечения, - рекомендации по дальнейшему лечению и уходу пациента.
<b>18.0 ЛАБОРАТОРНАЯ СЛУЖБА</b>	
Объем лабораторных услуг в организации четко определен	
18.1	Оказываемые услуги и их организация четко описаны (имеется список услуг и стандартные операционные процедуры)
18.2	Подготовлен и реализован План повышения качества
18.3	Руководитель лабораторной службы имеет соответствующую квалификацию (включая клинические и управленческие требования).
18.4	Должностная инструкция руководителя лабораторной службы включает следующие обязанности: 1) обзор клинической и технической компетентности персонала; 2) передача полномочий, если применимо; 3) участие в разборе жалоб; 4) консультативная помощь при оценке нового оборудования; 5) оказание консультативной помощи по клиническим и техническим процедурам, современной наилучшей практике и важным научным находкам для клинического и технического персонала; 6) организация разработки всех клинических и технических правил, процессов и процедур; 7) несет ответственность за создание и функционирование системы управления качеством лабораторных услуг.
18.5	Руководитель лабораторной службы обеспечивает функционирование системы управления качеством лабораторных услуг.
18.6	Руководитель лабораторной службы обеспечивает, чтобы все лабораторные услуги предоставлялись в соответствии с установленными правилами и процедурами оказания услуг.
18.7	Руководитель лабораторной службы обеспечивает, чтобы проводился непрерывный мониторинг качества и выполнялся текущий план повышения качества.
<b>Ресурсы, имеющиеся для оказания качественных лабораторных услуг</b>	
18.8	Имеется надлежащая численность компетентного персонала, способного оказывать объем услуг лаборатории.
18.9	Имеется надлежащее оборудование для оказания объема услуг лаборатории, а также определены процедуры использования оборудования: 1) отбор; 2) квалификация, включая установку, работу и результативность; 3) идентификация и использование; 4) техническое обслуживание; 5) калибровка; 6) система сигнализации, если применимо; 7) информационные системы, включая системы электронной записи; 8) система обеспечения бесперебойного электропитания оборудования.

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

19.7	<p>2) заполнены разборчивым почерком и должным образом подписаны врачом;</p> <p>3) включают возраст и пол пациента, предварительный или подтвержденный диагноз, частоту и продолжительность приема, дозу, форму лекарственных препаратов.</p>
19.8	<p>Персонал следует письменной политике, включая временные рамки и способ заказа, для устных заказов медикаментов в чрезвычайных обстоятельствах, которые были согласованы медицинским, медсестринским и фармацевтическим персоналом.</p>
19.9	<p>Все лекарственные препараты, выданные из аптеки и расфасованные, согласно этапам лекарственного менеджмента, должны, по меньшей мере, иметь следующую маркировку:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) наименование лекарственного препарата и указание его концентрации;</li> <li>2) срок годности;</li> <li>3) принимаемая доза и частота;</li> <li>4) прочие письменные инструкции по использованию, в случае необходимости.</li> </ol>
19.10	<p>Пациенту, включая пациента на выписку, предоставляется письменная и устная информация относительно выписанного лекарственного препарата, включая:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) стоимость, если применимо;</li> <li>2) положительное действие (эффективность) и побочные эффекты;</li> <li>3) риски несоблюдения инструкций;</li> <li>4) безопасный и соответственный способ использования лекарственного препарата.</li> </ol>
19.11	<p>Имеется утвержденная больничная форма для назначений лекарственных препаратов, согласно которой назначаются все лекарственные препараты для отдельного клиента/пациента.</p>
19.12	<p>Все лекарственные препараты для отдельного пациента выписываются согласно утвержденной больничной форме, листа назначения медикаментов или лекарственного формуляра медицинской организации:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ФИО (при его наличии) пациента</li> <li>2) дата;</li> <li>3) лекарственный препарат, принимаемая доза и частота, и выдаваемое количество;</li> <li>4) продолжительность приема;</li> <li>5) ФИО (при его наличии) назначившего врача.</li> </ol>
19.13	<p>Организация определяет политику и процедуры по безопасному и точному назначению лекарственных препаратов, включая следующее:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) лекарственные препараты назначаются только врачами;</li> <li>2) лекарственные препараты назначаются в соответствии с пятью «правильно» - правильное лекарство, правильная доза, правильный способ применения, правильное время и правильный пациент;</li> <li>3) пациентов информируют относительно побочных эффектов лекарственных препаратов;</li> <li>4) когда и как лекарственные препараты можно принимать самому;</li> <li>5) безопасная дозировка педиатрических лекарственных препаратов в случае критической ситуации, если применимо;</li> <li>6) показания к назначению парентерального питания;</li> <li>7) документальное фиксирование каждой принятой дозы лекарственного препарата.</li> </ol>
19.14	<p>Безопасному, эффективному и экономному использованию лекарственных препаратов способствует фармацевтическая служба по мониторингу назначений посредством:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) определения несоответственного лекарственного препарата;</li> <li>2) мониторинга неблагоприятных реакций;</li> <li>3) мониторинга всех лекарственных препаратов с высоким риском;</li> <li>4) мониторинга антибиотиков на рациональное использование;</li> <li>5) мониторинга раздачи и других ошибок с медикаментами;</li> <li>6) проверки адекватности маркировки лекарственных препаратов и информации на листке-вкладыше в упаковке;</li> </ol>

	<p>7) визуального контроля лекарственных препаратов, для того, чтобы оценить их качество и сроки годности;</p> <p>8) способствования назначению экономичных и недорогих лекарственных препаратов.</p>
19.15	<p>Индикатор надлежащего использования профилактических антибиотиков (обязательное и своевременное введение):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оценивается за определенный период времени;</li> <li>2) анализируется для возможных действий;</li> <li>3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.</li> </ol>
19.16	<p>Индикатор ошибок при назначении и предоставлении медикаментов (неправильное лекарство, неверная доза, неверное применение):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оценивается за определенный период времени;</li> <li>2) анализируется для возможных действий;</li> <li>3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.</li> </ol>
<b>20.0 МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА</b>	
<p>Записи в медицинской карте пациента содержат достоверные, точные и всесторонние данные, и призваны для обеспечения безопасного и непрерывного лечения за пациентом.</p>	
20.1	<p>Персонал следует документированному процессу управления медицинскими записями о пациентах, включающему:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) проводимые записи, включая присвоение пациентам идентификатора;</li> <li>2) использование только общеизвестных символов и сокращений;</li> <li>3) поддержание стандартизованного формата с целью облегчения поиска информации в медицинских записях;</li> <li>4) своевременное оформление медицинской документации медицинскими сотрудниками;</li> <li>5) хранение, защиту, восстановление и архивирование медицинской документации пациента.</li> </ol>
20.2	<p>На каждого пациента оформляется медицинская карта, включающая всю информацию от врачей и оформленную в хронологическом порядке, благодаря которой возможна эффективная коммуникация и непрерывность лечения и ухода, включая:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) дату и время поступления;</li> <li>2) анамнез заболевания;</li> <li>3) оформленный документально диагноз по каждой записи, сделанной другой службой;</li> <li>4) клинический осмотр;</li> <li>5) план лечения и ухода за пациентом, включая цели и ожидаемые результаты;</li> <li>6) план последующих действий в уходе за пациентом;</li> <li>7) назначения лекарственных средств;</li> <li>8) планирование лечебно-диагностических исследований и интерпретация полученных результатов;</li> <li>9) прочие детали ухода и лечения.</li> </ol>
20.3	<p>Записи в медицинской карте пациента, включая изменения, вносятся только уполномоченными лицами и отвечают следующим требованиям:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) вести записи разборчиво;</li> <li>2) производить записи своевременно;</li> <li>3) подписать с указанием ФИО (при его наличии);</li> <li>4) включать дату и время проводимых мероприятий;</li> </ol>
20.4	<p>В медицинской карте имеются записи, предупреждающие персонал о наличии неблагоприятного фона у пациента, таком как аллергический анамнез, неблагоприятные реакции на лекарственные средства, радиоактивная опасность и риск заражения.</p>
20.5	<p>В медицинской карте пациента имеется свидетельство о реализации плана лечения и ухода за пациентом, включающее следующие пункты:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) наблюдение;</li> <li>2) записи о консультациях;</li> <li>3) сведения и результаты вмешательств, и полученное информированное согласие;</li> </ol>

	<p>4) записи обо всех значительных событиях,</p> <p>5) реакцию организма на лечение и уход, а также прогресс в достижении целей;</p> <p>6) любые потенциально опасные происшествия, инциденты или неблагоприятные события.</p>
20.6	Копия информации о медицинских услугах, предоставленная другим медицинским организациям и поставщикам после направления пациентов или после предоставления пациенту услуг, хранится в его медицинской карте.
20.7	Регулярно проводятся запланированные проверки медицинской документации с целью рассмотрения полноты, точности и своевременности заполнения.
20.8	<p>Индикатор ошибок, связанных с медицинской документацией пациентов:</p> <p>1) оценивается за определенный период времени;</p> <p>2) анализируется для возможных действий;</p> <p>3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.</p>
20.9	<p>Индикатор проведенных аудитов (службой внутреннего аудита):</p> <p>1) оценивается за определенный период времени;</p> <p>2) анализируется для возможных действий;</p> <p>3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.</p>
<b>21.0 КАЧЕСТВО ЛЕЧЕНИЯ И УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ</b>	
Организация постоянно отслеживает, оценивает и улучшает качество клинических процессов, и процессов связанных с уходом за пациентом.	
21.1	<p>По всем лечебно-профилактическим процедурам имеются стандартные процедуры, клинические руководства, протоколы и алгоритмы, которые:</p> <p>1) разрабатываются на основании научных исследований и доказательств;</p> <p>2) утверждаются руководителем организации;</p> <p>3) используются для обучения и проведения аттестации (по меньшей мере, один раз в год) персонала по выполнению процедуры;</p> <p>4) выполняется назначенным персоналом.</p>
21.2	<p>Проверяется клиническое качество, а также результаты, примененные для улучшения, путем использования:</p> <p>1) графика экспертиз медицинских карт больного для оценки соответствия стандартам, стратегиям и процедурам;</p> <p>2) разбора случаев, подлежащих обязательной экспертизе в соответствии с нормативными актами.</p>
21.3	<p>Предоставление пациенту медицинских услуг отслеживается, результаты используются для улучшения следующих аспектов:</p> <p>1) времени ожидания;</p> <p>2) оценки состояния пациента;</p> <p>3) наличие, содержание и ведение медицинской документации;</p> <p>4) инфекционный контроль и отчетность;</p> <p>5) рациональное использование антибиотиков;</p> <p>6) ошибки назначения лекарственных средств и неблагоприятные реакции при использовании препаратов;</p> <p>7) использование ограничений и изоляции.</p>
21.4	<p>Внедрен процесс по выявлению ошибок при назначении лекарственных препаратов и информирования о неблагоприятных событиях при использовании лекарственных средств:</p> <p>1) информация своевременно сообщается в соответствии с установленной процедурой;</p> <p>2) анализ полученных данных используется для улучшения качества с целью снижения уровня ошибок при назначении и использовании лекарственных препаратов.</p>
21.5	В организации создана Формулярная комиссия, анализирующая использование антибактериальных препаратов в лечении пациентов для определения эффективности лечения и контроля за развитием резистентности к антибиотикам, рациональным использованием лекарственных препаратов.

21.6	<p>Показатели, разработанные для приоритетных болезней и ключевых клинических процессов, например, время ожидания, повторная госпитализация, ошибки в назначении лекарственных препаратов, уровень инфекции:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) определяются на непрерывной основе;</li><li>2) измеряются с согласованной частотой;</li><li>3) информация передается в соответствующие комитеты, руководству и персоналу;</li><li>4) определенные услуги, предоставленные за определенный промежуток времени сравниваются с исходными данными;</li><li>5) информация используется для повышения качества.</li></ol>
------	---