

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

***Утративший силу***

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

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

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

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

      заголовок изложить в следующей редакции:

      "Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций";

      пункт 1 изложить в следующей редакции:

      "1. Утвердить:

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

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

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

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

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

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

      заголовок изложить в следующей редакции:

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

      в разделе "A "РУКОВОДСТВО":

      строку:

      "

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

      "

      изложить в следующей редакции:

      "

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

      ";

      в разделе "СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ":

      строку "РНН - Регистрационный номер налогоплательщика" исключить;

      строку:

      "ФИО – Фамилия, имя, отчество"

      изложить в следующей редакции:

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

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

      заголовок изложить в следующей редакции:

      "Стандарты аккредитации медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь";

      в разделе "A "РУКОВОДСТВО":

      строку:

      "

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

      "

      изложить в следующей редакции:

      "

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

      ";

      в разделе "СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ":

      строку "РНН - Регистрационный номер налогоплательщика" исключить;

      строку:

      "ФИО – Фамилия, имя, отчество"

      изложить в следующей редакции:

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

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

      заголовок изложить в следующей редакции:

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

      в разделе "A "РУКОВОДСТВО":

      строку:

      "

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

      "

      изложить в следующей редакции:

      "

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

      ";

      в разделе "СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ":

      строку "РНН - Регистрационный номер налогоплательщика" исключить;

      строку:

      "ФИО – Фамилия, имя, отчество"

      изложить в следующей редакции:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| Министр здравоохранения и |  |
| социального развития |  |
| Республики Казахстан | Т. Дуйсенова |

      СОГЛАСОВАН

      Министр национальной экономики

      Республики Казахстан

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е. Досаев

      15 апреля 2016 года

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

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

**РАЗДЕЛ "A": РУКОВОДСТВО**

|  |  |
| --- | --- |
| **№** | **Измеряемые критерии** |
| **1.0 ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ**  **Этические нормы определяют направление деятельности организации и процесс принятия решений.** | |
| 1.1 | Руководство организации коллективно и с учетом рекомендаций заинтересованных сторон определяет миссию, видение организации для планирования и определения направлений развития организации. |
| 1.2 | В организации имеется определенный комплекс ценностей, которыми она руководствуется при принятии решений и определении правил поведения сотрудников. |
| 1.3 | Медицинская организация разрабатывает правила этики, охватывающие вопросы в отношении деятельности организации и обслуживания пациентов. |
| 1.4 | Персонал регулярно проходит обучение по вопросам этики и деонтологии. |
| 1.5 | В организации внедрен процесс выявления, анализа и принятия мер по фактам нарушения норм этики. |
| **2.0 УПРАВЛЕНИЕ**  **В организации осуществляется эффективное управление в соответствии с ее правовым статусом и ответственностью.** | |
| 2.1 | Обязанности руководства организации включают следующее:  1) определение и рассмотрение этических норм;  2) согласование и утверждение стратегического, оперативного планов организации, а также плана по повышению качества услуг;  3) утверждение бюджета и обеспечение организации соответствующими ресурсами для выполнения поставленных целей и задач;  4) мониторинг и оценка достижения результатов стратегических и оперативных планов и качества услуг;  5) назначение или утверждение руководителей структурных подразделений и оценка эффективности их деятельности. |
| 2.2 | Организация действует в соответствии с законодательством Республики Казахстан, и имеет требуемые учредительные документы, в том числе:  1) свидетельство или справка о государственной (учетной) регистрации (перерегистрации);  2) устав (положение);  3) Бизнес идентификационный номер (БИН). |
| 2.3 | Руководство организации обеспечивает осуществление деятельности путем:  1) получения, рассмотрения и реагирования на предписания государственных органов;  2) своевременной подготовки предложений по актуализации действующих нормативных правовых документов;  3) принятия активных действий по доведению их до заинтересованных лиц;  4) обеспечения доступности базы нормативных правовых документов для персонала организации. |
| 2.4 | Организация информирует общественность:  1) об оказываемых услугах и условиях их получения;  2) о деятельности и принимаемых решениях, которые могут повлиять на предоставляемые услуги;  3) о качестве оказываемых услуг и достигнутых результатах. |
| **3.0 СТРАТЕГИЧЕСКОЕ И ОПЕРАТИВНОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ**  **Организация планирует свои услуги с целью удовлетворения потребностей населения и осуществляет четкое руководство по его реализации.** | |
| 3.1 | В стратегическом плане развития, разработанном руководством совместно с персоналом, излагаются долгосрочные цели, задачи, стратегии для осуществления целей организации. |
| 3.2 | Стратегический план основан на:  1) миссии, видении, целях и этических нормах организации;  2) потребностях обслуживаемого населения;  3) анализа полученных отзывов от пациентов/семей и общественности;  4) количественных и качественных показателей оказания услуг;  5) правительственных стратегиях и приоритетах в здравоохранении;  6) ожидаемых результатов по достижению целей и задач организации (индикаторах оценки). |
| 3.3 | Комплексный годовой (оперативный) план работы разработан и согласован со всеми структурными подразделениями организации:  1) в соответствии со стратегическим планом;  2) с рассмотрением непосредственных приоритетов;  3) содержит задачи и план мероприятий по основным услугам;  4) определяет укомплектование штата, финансовые и материальные ресурсы для обеспечения выполнения запланированных действий. |
| 3.4 | 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 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;  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 высокий риск, большой объем, являются дорогостоящими или проблемными;  3) сбор, анализ и оценку данных мониторинга и аудита;  4) информирование руководства и сотрудников. |
| 5.5 | Ежегодный план повышения качества:  1) разрабатывается совместно с руководителями структурных подразделений;  2) подробно определяет мероприятия по контролю качества, планы действия, их цели и методы достижения;  3) определяет график проведения аудита, сбора данных по качественным показателям;  4) определяет ответственных лиц и сроки исполнения. |
| 5.6 | План повышения качества включает мониторинг, отчетность и оценку:  1) показателей эффективности лечения по приоритетным заболеваниям и ключевым процессам, например, время ожидания, уровень повторной заболеваемости и госпитализации, ошибки в назначении лекарственных средств, инфекции и несчастные случаи;  2) удовлетворенности пациента и его семьи, оказанными услугами. |
| 5.7 | Руководители структурных подразделений ответственны за реализацию плана по повышению качества, включая следующее:  1) мониторинг соответствующих показателей;  2) мониторинг выполнения стандартов, политик, процедур, клинических протоколов и правил;  3) рассмотрение фактов обращений и предложений со стороны пациентов и их семей;  4) проекты по улучшению качества оказываемых услуг. |
| 5.8 | Внутренняя служба по контролю качества:  1) получает отчеты по мероприятиям обеспечения качества;  2) анализирует собранные данные и классифицирует их по направлениям;  3) отчитывается перед руководителями структурных подразделений и руководителями организации. |
| 5.9 | 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. |
| 5.10 | Проводится аудит организации с целью оценки качества предоставляемых услуг и соответствия с утвержденными клиническими протоколами и правилами:  1) уполномоченным лицом/группой экспертов;  2) в соответствии с графиком проведения клинических аудитов использования клинических протоколов, которые имеются в достаточном количестве. |
| 5.11 | Результаты клинического аудита и обзора клинических случаев:  1) обсуждаются в работе соответствующих комиссий, на собраниях или конференциях;  2) используются для улучшения процессов оказания медицинской помощи;  3) включаются в отчеты в рамках выполнения программы повышения качества. |
| 5.12 | Мероприятия по повышению качества запланированы, предприняты соответствующие меры и действия, оценена эффективность действий. Персонал, клиенты/ пациенты информированы о результатах оценки. |
| 5.13 | Персонал следует документированным политикам и процедурам при выполнении своих должностных обязанностей в каждом структурном подразделении. |
| 5.14 | Политики и процедуры, утвержденные руководством:  а) обновляются;  б) разрабатываются с участием персонала;  в) легко доступны персоналу на рабочих местах;  г) официально пересматриваются, по меньшей мере, раз в три года, или чаще по мере необходимости. |

**РАЗДЕЛ "B": 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 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 организации. |
| 6.11 | Отчеты своевременно заполняются и направляются в налоговые органы и органы государственной статистики. |
| **7.0 ИНФОРМАЦИОННОЕ УПРАВЛЕНИЕ**  **Организация систематически управляет и защищает свою информацию в целях удовлетворения информационных потребностей и задач.** | |
| 7.1 | В организации имеется единая автоматизированная информационная система по управлению ее деятельностью, включающая:  1) наличие совместимых компьютеров и пакетов прикладных программ, отвечающих нуждам каждого отдела;  2) лицензионное программное обеспечение;  3) управление текущими расходами;  4) процедуры необходимых обновлений программного обеспечения;  5) текущее техническое обслуживание;  6) обучение персонала. |
| 7.2 | Организация обеспечивает конфиденциальность, безопасность и целостность информации путем:  1) установки уровней защиты для доступа персонала к особо важной информации;  2) обучения персонала о неразглашении частной или личной информации и соблюдения конфиденциальности;  3) ограничения доступа к конфиденциальной информации, в том числе информации о пациенте. |
| 7.3 | Документально оформленные процедуры защиты информации используются персоналом и включают:  1) создание резервных копий файлов;  2) хранение резервных копий;  3) восстановление данных в случае чрезвычайных ситуаций |
| 7.4 | Персонал организации имеет доступ к надежным Интернет-ресурсам и телекоммуникационным технологиям для выполнения своих профессиональных обязанностей. |
| 7.5 | Персонал получает информацию о достижениях и передовых технологиях в здравоохранении посредством:  1) предоставления актуальной медицинской информации, руководств по эксплуатации медицинского оборудования, достоверной информации баз доказательной медицины Кокрановского содружества, Национальной медицинской библиотеки США, Британского национального формуляра Национального института здоровья и клинического совершенства Великобритании;  2) участия в профессиональных конференциях, семинарах, мастер-классах, тренингах и учебных программах. |
| 7.6 | Организация использует стандартный процесс управления документацией, соответствующий требованиям законодательства Республики Казахстан 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 неправомочного доступа или использования;  2) доступны только уполномоченному персоналу;  3) удобны для доступа, но с соблюдением конфиденциальности;  4) не выносятся из помещения без специального разрешения. |
| 7.9 | Медицинская документация хранится:  1) в соответствии с правилами по хранению документов, их передаче в архив и правилами получения документов из архива;  2) под руководством ответственного лица;  3) помещение архива находится в защищенном от доступа посторонних лиц и оборудовано стеллажами (шкафами);  4) выписки из истории болезни предоставляются только определенным лицам по запросу компетентных органов либо иных лиц в рамках действующего законодательства. |
| **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 | В организации используется документированный процесс для определения:  1) уровня укомплектованности персонала, необходимого для выполнения планируемых объемов услуг и работ;  2) уровня требуемого стажа и опыта;  3) наиболее эффективной и рациональной структуры профилей и должностей персонала. |
| 8.2 | 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. |
| 8.3 | Квалификация специалистов и структура профессиональных навыков персонала:  1) соответствуют функциям каждого подразделения;  2) пересматриваются ежегодно при планировании или по потребности. |
| 8.4 | На все штатные должности разработаны должностные инструкции, которые утверждены руководством организации. Должностные инструкции доступны каждому сотруднику и включают:  1) квалификацию, навыки, подготовку, опыт работы, требуемые для занятия штатной должности;  2) функциональные обязанности;  3) подотчетность;  4) сроки пересмотра. |
| 8.5 | Назначение/прием на должность производится:  1) подписанием договора в соответствии с трудовым законодательством и обеспечением равных возможностей трудоустройства между работником и организацией;  2) в соответствии с требованиями, изложенными в должностной инструкции. |
| 8.6 | До назначения/приема специалиста, допущенного к клинической практике, организация:  1) проводит оценку его клинических знаний и навыков;  2) проводит проверку предоставленной первичной документации (дипломы, сертификаты);  3) оформляет личное дело с указанием послужного списка, трудового стажа и опыта работы. |
| 8.7 | Каждый сотрудник подписывает оригинал своей должностной инструкции, копия которой имеется в том подразделении, где он/а работает. |
| 8.8 | Каждый сотрудник проходит инструктаж для ознакомления с организацией, ее целями и задачами, а также со своими должностными обязанностями, в соответствии с документированной программой введения в должность. |
| 8.9 | Персонал в организации идентифицируется посредством:  1) ношения специальной медицинской одежды или униформы для технических работников;  2) бейджей с указанием фамилии, имени, отчества (при его наличии) и занимаемой должности. |
| 8.10 | В организации проводится процедура оценки результатов работы специалистов на предмет:  1) соответствия целям и задачам, указанным в должностных инструкциях;  2) определения достижений и нуждающихся в повышении квалификации;  3) процедура документируется и подписывается сотрудником и руководителем подразделения;  4) подшивается к личному делу. |
| 8.11 | В организации существует механизм мониторинга деятельности всего клинического персонала, который включает:  1) мониторинг того, что клинический персонал имеет достаточную непрерывную клиническую практику для сохранения своей компетентности;  2) реагирование на проблемы, связанные с компетентностью персонала, посредством дополнительного наставничества, обучения или других процедур;  3) мониторинг того, что клинический персонал занимается клинической деятельностью в рамках своих полномочий и компетенций;  4) регулярную проверку сведений о профессиональной квалификации и компетенций сотрудников. |
| 8.12 | Составляется бюджет и ежегодный план по повышению квалификации специалистов на основе:  1) анализа потребностей в дополнительной подготовке сотрудников;  2) анализа потребностей организации, связанных с оказанием услуг. |
| 8.13 | В организации имеется политика непрерывного профессионального и дополнительного образования, предусматривающая:  1) регулярное повышение квалификации медицинских работников (не реже 1 раза в пять лет для врачей и среднего медицинского персонала);  2) средства для повышения квалификации. |
| 8.14 | Существует полная документированная информация о каждом сотруднике организации, включая записи об обучении, которая относится к конфиденциальной и хранится в защищенном месте. |
| 8.15 | В медицинской организации проводится анализ ключевых показателей управления человеческими ресурсами, таких как, текучесть кадров, удовлетворенность условиями труда, в том числе на основании анонимных опросов (анкетирования) сотрудников, результаты которых используются для улучшения (принимаются меры). |

**РАЗДЕЛ "C": УПРАВЛЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТЬЮ**

|  |  |
| --- | --- |
| **9.0 БЕЗОПАСНОСТЬ ЗДАНИЙ**  **Окружающая среда организации является безопасной и комфортной для пациентов, персонала и посетителей.** | |
| 9.1 | Здания организации:  1) отвечают потребностям в площади и расположении подразделений при предоставлении услуг пациентам в повседневной работе и во время чрезвычайных ситуаций;  2) при обнаружении дефектов своевременно ремонтируются;  3) отвечают требованиям строительных норм и правил;  4) отвечают требованиям санитарных правил. |
| 9.2 | В 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 организации на видных местах установлены легко читаемые 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 организации обслуживается в должном объеме и соответствует транспортным требованиям:  1) имеются свободные подъездные пути;  2) отведено парковочное место для автомобилей организации, автомобилей пациентов и посетителей. |
| 9.5 | В организации имеется возможность передвижения пациентов и посетителей с ограниченными физическими возможностями, и перемещения грузов:  1) обеспечение работающих пассажирских лифтов в зданиях, состоящих из двух и более этажей, служебных лифтов в лечебные отделения выше второго этажа;  2) пандус, подходящий для детских колясок, кресло-колясок, каталок и тележек. |
| 9.6 | Организация имеет функционирующие водопроводные и канализационные системы, отвечающие требованиям санитарных правил:  1) объекты подключаются к централизованным системам холодного, горячего водоснабжения и канализации;  2) при отсутствии в населенном пункте централизованной системы водоснабжения используется привозная или вода из устройства местной системы, которая соответствует санитарно-эпидемиологическим требованиям;  3) при размещении объекта в не канализованных и частично канализованных населенных пунктах предусматривается местная система канализации и вывозная система очистки. |
| 9.7 | Окружающая обстановка в организации способствует комфорту и безопасности персонала и пациентов:  1) системы вентиляции, кондиционирования и отопления обеспечивают оптимальные условия микроклимата;  2) помещения с постоянным пребыванием людей обеспечиваются естественным освещением. Все производственные и вспомогательные помещения обеспечиваются искусственным освещением;  3) естественная и искусственная освещенность помещений объектов определяется параметрами в соответствии с требованиями санитарных правил. |
| 9.8 | Организация с целью создания комфортной рабочей среды управляет своими коммунальными службами и сводит к минимуму потенциальные риски:  1) имеет в наличии альтернативные источники электричества и воды для предупреждения воздействия перебоев работы коммунальных служб на систему жизнеобеспечения организации и инфекционный контроль;  2) обслуживание инженерных коммуникаций осуществляется квалифицированными, компетентными работниками, которые следуют надлежащим процедурам. |
| 9.9 | Организация обеспечивает условия для поддержания гигиены пациентов и персонала:  1) все имеющееся технологическое, санитарно-техническое, инженерное и другое оборудование находится в исправном состоянии;  2) обеспечиваются твердым и мягким инвентарем, в том числе одноразовыми изделиями медицинского назначения, дезинфицирующими средствами. |
| **10.0 УПРАВЛЕНИЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМИ СИТУАЦИЯМИ И ПРОТИВОПОЖАРНОЙ БЕЗОПАСНОСТЬЮ**  **Организация сводит к минимуму риски возникновения пожара и готова к чрезвычайным и критическим ситуациям.** | |
| 10.1 | Организация разрабатывает детальный план мероприятий на случай пожара или иной чрезвычайной ситуации, который включает:  1) ответственность за управление и координирование мер экстренного реагирования;  2) процесс уведомления аварийных служб и персонала;  3) систему экстренной связи;  4) процедуру эвакуации людей из здания в случае необходимости. |
| 10.2 | Персонал проходит ежегодное обучение в соответствии с планом реагирования при чрезвычайной ситуации, включая процедуры ориентации персонала при эвакуации, и участвует в мероприятиях по учебной тревоге. |
| 10.3 | Организация снижает риск возникновения пожара путем:  1) использования огнестойких строительных материалов;  2) обеспечения запасных путей эвакуации, таких как лестницы внутри здания и внешние пожарные лестницы;  3) обеспечения достаточным количеством средств пожаротушения (гидранты, пожарные шланги, огнетушители, системы автоматического водяного пожаротушения), расположенных в соответствующих местах и обозначенных надлежащим образом;  4) установки системы пожарной сигнализации и системы оповещения;  5) использования техники и устройств, для ограничения распространения пожара (противопожарные барьеры, противопожарные стены, пожарные двери и аварийные выключатели). |
| 10.4 | Системы аварийной сигнализации:  1) находятся в состоянии готовности и 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 противодымные двери, которые хорошо открываются и закрываются вручную;  3) выходные двери, которые оставляются открытыми или фиксируются электрическими устройствами автоматического расцепления;  4) запрет запирания 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) запирание помещений и обеспечение герметичности;  3) запирание контейнеров для хранения газовых баллонов или наличие ограждения, с целью недопущения посторонних лиц. |
| **11.0 БЕЗОПАСНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБОРУДОВАНИЯ И РАСХОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ**  **Организация использует оборудование, расходные материалы и медицинские приборы безопасно, эффективно и рационально.** | |
| 11.1 | Организация планирует закупки, модернизацию и замену медицинских приборов и оборудования для обеспечения планируемых услуг с целью обеспечения бесперебойной работы всех приборов и оборудования. |
| 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 замеряемых 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. |
| **12.0 ЗДОРОВЫЕ УСЛОВИЯ ТРУДА**  **Программа гигиены труда персонала способствует безопасным и здоровым рабочим условиям.** | |
| 12.1 | Выполняются меры по поддерживанию гигиены труда и здоровья персонала с документированием выполнения мер:  1) биологический скрининг и профилактика риска профессионального заражения вирусами гепатита A, B и C, ВИЧ;  2) по необходимости, обеспечение механическими подъемными устройствами для пациентов и обучение персонала обращением с ними;  3) профилактику получения травм иглой и повреждения глаз;  4) контроль радиационной безопасности (если применимо);  5) обеспечение удобным рабочим местом. |
| 12.2 | Организация предоставляет средства и услуги для обеспечения здоровья сотрудников, включающая:  1) аптечки или наборы для оказания первой помощи;  2) срочный осмотр и лечение (производственной травмы, уколы от неосторожного обращения с иглами, повреждения глаз);  3) контроль рабочей нагрузки и психологическая поддержка для минимизации стресса и его контроля.  4) персоналу, который подвергается потенциальным опасностям при выполнении своих служебных обязанностей, предоставляется соответствующая защитная одежда (спецодежда, фартуки, маски, перчатки, колпаки, защитные очки, для сотрудников радиологической службы - свинцово-резиновые фартуки). |
| 12.3 | Сотрудники обучаются технике безопасности, включая:  1) безопасность на рабочем месте;  2) выявление и сообщение о происшествиях, авариях и несчастных случаях, в которых пациенты, персонал были травмированы или могли быть травмированы на рабочем месте при исполнении служебных обязанностей. |
| 12.4 | Организация ежегодно оценивает удовлетворенность сотрудников условиями труда, гарантируя:  1) ознакомление персонала с результатами проведенного исследования;  2) принятие управленческих мер по результатам выявленных проблем. |
| 12.5 | Проводится регулярная (ежеквартальная, ежегодная) дезинсекция и дератизация помещений с обязательным документированием. |
| **Инциденты, несчастные случаи и неблагоприятные события.** | |
| 12.6 | Информация об инцидентах, несчастных случаях и неблагоприятных событиях, в том числе о потенциально опасных происшествиях:  1) предоставляется в соответствующей форме, доступной во всех местах и в установленные сроки;  2) записывается в медицинскую карту пациента или личное дело сотрудника;  3) в случае аварии регистрируется в журнале аварийных ситуаций;  4) сообщается в соответствующие органы при получении серьезной травмы работника или пациента;  5) вносится в централизованный журнал регистрации инцидентов для последующего анализа;  6) оперативно расследуются согласно установленной процедуре. |
| 12.7 | Результаты расследования инцидентов, несчастных случаев и неблагоприятных событий:  1) проанализированы с целью выявления причины происшествия;  2) передаются соответствующей комиссии или подразделению, и используются для улучшения процессов или дополнительного обучения персонала;  3) доведены до сведения персонала, вовлеченного пациента или его семьи. |
| 12.8 | Данные об инцидентах, несчастных случаях и потенциально опасных происшествиях рассматриваются не реже одного раза в год с целью выявления тенденций, а информация предоставляется руководству и сотрудникам, для возможности дальнейшего использования с целью предотвращения травматизма или вреда. |
| **13.0 БЕЗОПАСНОСТЬ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ**  **Обеспечение пациентов и персонала безопасными условиями питания с соблюдением требований санитарных правил.** | |
| 13.1 | Запасы продовольственного сырья, продуктов питания для составления сбалансированного меню для пациентов имеются в достаточном количестве, наличие маркировки, сопровождается документами, удостоверяющими их качество, безопасность и документами, обеспечивающими их прослеживаемость, происхождение. |
| 13.2 | Хранение, обработка, приготовление и распределение продуктов питания проводится согласно требований санитарных правил:  1) сухие продукты питания хранятся на защищенных полках;  2) жидкие, сырые продукты и приготовленная пища хранятся в закрытых маркированных контейнерах;  3) сырые и готовые продукты хранятся в холодильнике раздельно;  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 хранений;  8) наличие маркировки инвентаря, тары, посуды;  9) раздельное хранение пищевой продукции по видам с соблюдением принципа товарного соседства;  10) хранение пищевых продуктов на стеллажах, поддонах, подтоварниках. |
| 13.3 | Наличие спецодежды у персонала пищеблока, раздаточной и прохождение медицинского осмотра. |
| 13.4 | Холодильные и морозильные установки используются для хранения скоропортящихся продуктов. Температура внутри установки контролируется и записывается ежедневно в разное время суток, при любом отклонении от нормы предпринимаются меры по их устранению. |
| 13.5 | Наличие холодильного и морозильного оборудования согласно количеству и объекту принимаемого сырья и готовой продукции. |
| 13.6 | Все помещения в организации соответствуют санитарным правилам, содержатся в чистоте, без насекомых и грызунов, разделены по функциональным зонам, таким как, раздача пищи и мытье посуды. |
| 13.7 | Пищеблок регулярно проверяется на наличие:  1) работающего кухонного оборудования и технологического оборудования для приготовления пищи;  2) маркировки уборочного инвентаря в соответствии с его предназначением;  3) отдельных разделочных столов, ножей и досок для резки сырых и вареных продуктов;  4) столов для работы с продуктами из нержавеющей стали или прочного алюминия;  5) столов для разделки сырого мяса из оцинкованного железа с закругленными углами;  6) отдельных раковин для мытья овощей и посуды;  7) планировка дает возможность разделения функций;  8) помещения содержатся в чистоте и отвечают санитарно-эпидемиологическим требованиям;  9) ежедневная органолептическая оценка качества блюд с ведением записи в журнале установленной формы. |
| 13.8 | Наличие производственного контроля |
| 13.9 | Квалифицированный врач-диетолог или диетсестра осуществляют надзор за приготовлением блюд диетических столов для пациентов. |
| **14.0 ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ**  **Организация проводит контроль и профилактику инфекционных заболеваний.** | |
| 14.1 | Для профилактики и снижения распространения внутрибольничной инфекции, организация коллективно разрабатывает программу по инфекционному контролю, выполняемую во всех структурных подразделениях организации. |
| 14.2 | Надзор за программой инфекционного контроля осуществляется комиссией по инфекционному контролю, состоящей из представителей соответствующих структурных подразделений, имеющей четкий круг полномочий и ответственной за:  1) разработку и мониторинг программы инфекционного контроля;  2) утверждение и обзор всех политик и процедур по инфекционному контролю и проведение мероприятий;  3) координацию всех мероприятий по инфекционному контролю;  4) рассмотрение и анализ данных по инфекционному контролю не реже одного раза в год;  5) принятие надлежащих мер при выявлении недостатков инфекционного контроля;  6) оценку эффективности принятых мер. |
| 14.3 | Программа инфекционного контроля реализуется квалифицированными специалистами (медицинские сестры и/или врачи), в чьи должностные обязанности входит:  1) реализация программы инфекционного контроля, учитывая рекомендации и замечания сотрудников и пациентов, где применимо;  2) реализация политик;  3) обучение персонала;  4) консультации по инфекционному контролю;  5) разработка и применение методов контроля, включая обзор методов борьбы с инфекцией;  6) предоставление отчетов и рекомендаций. |
| 14.4 | 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. |
| 14.5 | Проводятся регулярные обзоры клинических и параклинических практик для анализа рисков инфекции, методов инфекционного контроля и потребностей персонала в обучении, включающие:  1) обходы;  2) изучение истории болезни пациентов, лабораторных отчетов и записей о назначении лекарственных средств;  3) лабораторные анализы культур из взятых проб и смывов от намеченных участков с возможным риском инфекции;  4) уведомления, выдаваемые медицинскому персоналу. |
| 14.6 | В случае возникновения инфекции, персонал следует  оформленным документально процессам, чтобы:  1) незамедлительно выявить, отреагировать и локализовать инфекцию;  2) изолировать инфицированных пациентов;  3) выявлять источник и пути распространения инфекции, включая отслеживание всех контактов;  4) проконсультироваться с государственными органами здравоохранения или специалистами по инфекционным заболеваниям;  5) использовать результаты расследований, чтобы предотвратить повторное возникновение данной формы инфекции;  6) сообщить в государственные органы здравоохранения. |
| 14.7 | Лабораторный и медицинский персонал, а также медицинские работники, имеющие право назначать лекарственные препараты, работают совместно для того, чтобы:  1) незамедлительно выявить и отреагировать на присутствие новых и резистентных вирусов и бактерий;  2) следовать стратегиям назначения антибиотиков, которые поддерживают осторожное их использование в лечении инфекций, включая ограничение использования антибиотиков широкого спектра действия;  3) проводить наблюдение за множественными резистентными организмами и организмами, связанными с использованием антибактериальных препаратов, как часть программы инфекционного контроля. |
| 14.8 | Персонал регулярно проходит инструктаж и своевременно получает обновленную информацию по всем аспектам инфекционного контроля, касающуюся сферы их деятельности, включая:  1) программу инфекционного контроля;  2) тщательное мытье и дезинфекцию рук;  3) стандартные процедуры предосторожности относительно передачи инфекций;  4) политики, процедуры, руководства и принципы инфекционного контроля. |
| 14.9 | Персонал, имеющий прямой контакт с пациентом моет и дезинфицирует руки:  1) перед осмотром или лечением пациентов;  2) после осмотра или лечения пациентов;  3) после физического контакта с любыми материалами или оборудованием в окружении пациента;  4) после снятия перчаток. |
| 14.10 | Стандартные инструкции и диаграммы по мытью и дезинфицированию рук размещены во всех отделениях и в местах пребывания пациентов и над раковинами. |
| 14.11 | Персонал следует документированным процедурам при:  1) обработке, очистке поверхностей;  2) очистке, дезинфекции и стерилизации оборудования, материалов и медицинских приборов в соответствии с инструкциями производителя;  3) сборе, транспортировке, обработке и хранении грязного и чистого белья для предотвращения инфицирования. |
| 14.12 | Технологическая цепочка (последовательность) гигиенических мероприятий от "грязного" до "чистого" обеспечивается путем четкого разделения "грязных" и "чистых" участков, включая отдельные входы и выходы в операционную, прачечную и в центральное стерилизационное отделение. |
| 14.13 | Индикатор по внутрибольничным инфекциям:  1) оценивается за определенный период времени;  2) анализируется для возможных действий;  3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования. |
| 14.14 | Индикатор по обучению персонала гигиене рук:  1) оценивается за определенный период времени;  2) анализируется для возможных действий;  3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования. |
| 14.15 | Индикатор реализации правил по гигиены рук в организации:  1) оценивается за определенный период времени;  2) анализируется для возможных действий;  3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования. |
| **Управление отходами** | |
| 14.16 | Сбор, временное хранение и вывоз медицинских отходов выполняется в соответствии со схемой обращения с отходами, принятом в объекте здравоохранения, который предусматривает:  1) качественный и количественный состав образующихся отходов;  2) порядок сбора отходов;  3) применяемые способы обеззараживания (обезвреживания) и удаления отходов;  4) гигиеническое обучение персонала правилам эпидемической безопасности при обращении с отходами. |
| 14.17 | Для временного хранения медицинских отходов класса Б, В, Г на объекте здравоохранения выделяется отдельное помещение. Комната для хранения медицинских отходов оборудуется вытяжной вентиляцией, холодильным оборудованием для хранения биологических отходов, стеллажами, контейнерами для сбора пакетов с медицинскими отходами, раковиной с подводкой горячей и холодной воды, бактерицидной лампой. |
| 14.18 | Для сбора отходов используются одноразовые, водонепроницаемые мешки, пакеты, металлические и пластиковые емкости, контейнеры для сбора и безопасной утилизации. Для сбора каждого класса отходов используются мешки, пакеты различной окраски (отходы класса А – белую, Б – желтую, В – красную, Г – черную), контейнеры, емкости – маркировку. Металлические и пластиковые емкости, контейнеры для сбора опасных отходов плотно закрываются. |
| 14.19 | Персонал проходит предварительные и периодические медицинские осмотры, обеспечивается комплектами спецодежды и средствами индивидуальной защиты (халаты, комбинезоны, перчатки, маски, респираторы, специальная обувь, фартуки, нарукавники). К работе с отходами не допускаются лица моложе 18 лет. |

**РАЗДЕЛ "D": УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ**

|  |  |
| --- | --- |
| **15.0 ПРАВА ПАЦИЕНТА И СЕМЬИ**  **Организация реализует политику по защите прав пациентов и их семей** | |
| 15.1 | Информация о правах и обязанностях пациента и семьи размещена на государственном и русском языках в местах пребывания пациентов и включает право на:  1) достоинство и уважительное отношение;  2) охрану и безопасность, защиту от физического насилия;  3) неприкосновенность частной жизни;  4) конфиденциальность информации;  5) участие в принятии решений по уходу и принятие информированного решения;  6) подачу жалобы/обращений. |
| 15.2 | В местах ожидания и в других местах пребывания пациентов выставлен информационный стенд:  1) об объеме оказываемых услуг;  2) о перечне услуг, предоставляемых на бесплатной основе, также прейскурант цен на платные услуги;  3) о процедуре подачи жалоб/обращений и предложений. |
| 15.3 | В организации имеется процедура:  1) обучения сотрудников по соблюдению прав пациента и его родственников;  2) мониторинга знаний и соблюдения персоналом прав пациента и семьи;  3) информирования пациентов и их семей с правами и обязанностями;  4) своевременного и эффективного расследования и разрешения случаев нарушения прав пациента. |
| 15.4 | Организация обеспечивает приватность и конфиденциальность информации о пациенте путем:  1) информирования персонала об ответственности за соблюдение конфиденциальности информации;  2) обеспечение доступа к информации о пациентах только уполномоченным лицам или по запросу, имеющему законное обоснование;  3) получения согласия пациентов на раскрытие их личной информации их семьям и другим организациям;  4) соблюдения приватности – имеются ширмы и прикрываются оголенные участки тела;  5) участия в уходе посторонних лиц только с согласия пациента. |
| **Средства для удобства пациента и его семьи (при наличии)** | |
| 15.5 | Организация обеспечивает для пациентов благоприятные условия для пребывания и встреч с посетителями посредством:  1) наличия холлов или площадок с диванами или скамейками; помещения в отделениях с телевизором, игрушками для детей, журналами;  2) гибких графиков для посещения больных;  3) предоставления возможности родственникам или другим лицам участвовать в уходе за больными с согласия пациента;  4) наличия места рядом с пациентом, оборудованного для родственника или лица, осуществляющего уход. |
| 15.6 | Для пациентов с ограничением способности к передвижению имеются вспомогательные средства для передвижения, поручни и перила, кресло-коляски, костыли и трости, а также предоставляется персонал для помощи таким пациентам. |
| **Информация для пациентов и получение их согласия** | |
| 15.7 | Пациентам и их семьям (при наличии) предоставляется полная информация в доступной форме:  1) о состоянии здоровья пациента;  2) о планируемом лечении;  3) о стоимости, возможных рисках и пользе предлагаемого лечения или обследования;  4) об альтернативных методах лечения и/или диагностики. |
| 15.8 | После предоставления информации организации получает согласие пациента:  1) в письменном виде с записью его в историю болезни на инвазивные процедуры или операции;  2) в письменном виде на его участие в клиническом исследовании, тестировании лекарственных средств и/или новых медицинских технологий. |
| 15.9 | Пациенту и его семье (при наличии) предоставляется информация относительно направления в другую медицинскую организацию, такая как стоимость, проезд, время, продолжительность лечения и ожидаемый результат. |
| 15.10 | Пациенты и их семьи (при наличии) обеспечиваются информацией об уходе и заболевании посредством:  1) регулярных бесед (обучения), проводимых медицинскими работниками;  2) предоставления видеоматериалов, брошюр и другой информации о профилактике заболевания и пропаганде здорового образа жизни, которые находятся в доступных местах. |
| **Порядок подачи обращений пациентом** | |
| 15.11 | В организации существует и используется процесс получения обращений от пациентов и их семей относительно нарушения их прав, в котором:  1) обеспечивается информирование пациентов и их семей о том, как подать обращение внутри организации и вне организации;  2) упрощается процедура путем предоставления готовых бланков для обращений или принятия обращений в произвольном или устном виде;  3) обращение передается ответственному лицу для расследования. |
| 15.12 | Существует документальный процесс сбора, приоритизации, расследования, а также справедливого и своевременного удовлетворения обращений, что включает следующее:  1) подтверждение поступления обращения (если по обращению еще не были приняты меры к удовлетворению пациента и его семьи);  2) расследование обращений, опрос вовлеченных сотрудников;  3) вынесение решения по обращению;  4) при необходимости, принятие мер;  5) информирование пациента и членов его семьи о ходе и результате расследования. |
| 15.13 | Обращения заносятся в журнал регистрации, мониторируется процесс работы с обращениями, и результаты используются для повышения качества. |
| **Отзывы пациентов** | |
| 15.14 | Организация регулярно измеряет степень удовлетворенности пациентов и их семей услугами путем:  1) предоставления пациентам и населению контактных данных (почтовый и электронный адрес) для обратной связи;  2) ведения записи замечаний, пожеланий и благодарностей, полученных в письменном виде, по телефону или лично от пациентов;  3) проведения анкетирования пациентов с целью определения удовлетворенности пациентов для оценки качества оказания услуг, работы персонала и где применимо, системы оплаты;  4) анализа данных и определения тенденций, которые используются для повышения качества. |
| **16.0 ДОСТУП К УХОДУ, ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ПЛАНИРОВАНИЕ УХОДА**  **После госпитализации проводится первичный осмотр с участием мультидисциплинарной команды и определяется план лечения или ухода за пациентом.** | |
| 16.1 | Доступность услуг организации для населения осуществляется путем:  1) предоставления бесплатного обслуживания в соответствии с Перечнем гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;  2) удобного графика работы служб для групп пациентов в соответствии с предоставляемыми услугами;  3) информирования населения об объеме услуг, графике работы |
| 16.2 | Пациента госпитализируют обоснованно, согласно утвержденным критериям госпитализации или перечню оказываемых услуг. |
| 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. |
| **Осмотр пациента** | |
| 16.4 | Пациентам проводится осмотр с участием мультидисциплинарной команды (реабилитолог, невролог, физиотерапевт или специалист по ЛФК, средний медперсонал по уходу и другие специалисты) в течение 8 часов после госпитализации. |
| 16.5 | 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 |
| **Планирование лечения и ухода за пациентом** | |
| 16.7 | Мультидисциплинарная команда (реабилитолог, невролог, физиотерапевт или специалист по ЛФК, средний медперсонал по уходу и другие специалисты по необходимости) коллективно определяет первичный диагноз и план лечения и ухода, которые документируются в медицинской карте. |
| 16.8 | 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. |
| **17.0 ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ.**  **Своевременное и безопасное лечение и уход за пациентом предоставляются в соответствии с планом лечения и ухода за пациентом и предоставление услуг завершается согласно плану.** | |
| 17.1 | Медперсонал, участвующий в уходе за пациентом, ознакомлен с планом ухода. |
| 17.2 | План лечения и ухода своевременно реализуется (выполняется). |
| 17.3 | Для каждого пациента определяется одно лицо (лечащий врач или координатор лечения), ответственное за его лечение и уход в течение пребывания пациента организации. При смене этого лица, пациенту сообщается, кто будет его заменять. |
| 17.4 | Состояние пациентов повторно оценивают через промежутки времени, определенные в правилах организации, чтобы:  1) определить реакцию на реабилитационное или иное лечение;  2) запланировать дальнейшее лечение или выписку пациента.  Результаты повторных осмотров, динамика состояния пациента в достижении целей лечения и ухода документируются в медицинской карте. |
| 17.5 | Пациенты могут получить помощь по требованию:  1) имея легкодоступный функционирующий звонок (кнопку) вызова у кровати и в ванных комнатах/туалетах для пациентов;  2) медицинский персонал доступен в любое время в соответствии с графиком дежурств;  3) дежурный врач осматривает пациентов, требующих специального лечения, и вносит данные осмотра в медицинскую карту пациента. |
| 17.6 | Регулярно проводится оценка боли пациентов с использованием соответствующего инструмента/шкалы, по данным оценки проводится снижение боли в соответствии с правилами организации. |
| 17.7 | Безопасность пациента обеспечивается путем:  1) идентификации пациента двумя различными методами во время раздачи лекарственных препаратов, при переливании крови и продуктов крови, при заборе образцов крови и других образцов для клинического анализа или предоставлении любого другого лечения или процедуры;  2) верификации участка тела до проведения диагностической или лечебной процедуры;  3) использования процесса принятия устной или телефонной информации с проверочным повтором записанного полного текста информации лицом, получившим эту информацию. |
| 17.8 | Риск падения для каждого пациента:  1) оценивается повторно с записью в медицинской карте – через регулярные промежутки времени, а также после приема лекарств, повышающих риск падения (вызывающих головокружение, слабость), после процедур, повышающих риск падения (физиотерапия и тому подобное),  2) снижается или устраняется путем принятия мер (сопровождение пациента). |
| 17.9 | В течение всего времени оказания услуг пациенту поддерживается целостность и непрерывность путем:  1) совместных обходов, консилиумов;  2) передачи достаточной информации о пациентах при сдаче дежурства между сменами;  3) преемственности между службами и подразделениями;  4) ведения медицинской карты пациента с внесением точных и своевременных записей о динамике состояния. |
| 17.10 | План лечения пациента пересматривается в соответствии с результатами повторных осмотров и прогрессом в достижении определенных целей. |
| 17.11 | Индикатор по идентификации пациентов:  1) оценивается за определенный период времени;  2) анализируется для возможных действий;  3) данные предоставляются во время аккредитационного обследования. |
| 17.12 | Индикатор по передаче информации (при передаче смены, смена службы, передвижение между службами):  1) оценивается за определенный период времени;  2) анализируется для возможных действий;  3) данные предоставляются во время аккредитационного обследования. |
| **Окончание обслуживания** | |
| 17.13 | 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 иди уход, выполненные процедуры, принятые медикаменты,  - состояние пациента при выписке,  - указание того, были ли достигнуты цели ухода и лечения,  - рекомендации по дальнейшему лечению и уходу пациента. |
| **18.0 ЛАБОРАТОРНАЯ СЛУЖБА**  **Объем лабораторных услуг в организации четко определен** | |
| 18.1 | Оказываемые услуги и их организация четко описаны (имеется список услуг и стандартные операционные процедуры) |
| 18.2 | Подготовлен и реализован План повышения качества |
| 18.3 | Руководитель лабораторной службы имеет соответствующую квалификацию (включая клинические и управленческие требования). |
| 18.4 | Должностная инструкция руководителя лабораторной службы включает следующие обязанности:  1) обзор клинической и технической компетентности персонала;  2) передача полномочий, если применимо;  3) участие в разборе жалоб;  4) консультативная помощь при оценке нового оборудования;  5) оказание консультативной помощи по клиническим и техническим процедурам, современной наилучшей практике и важным научным находкам для клинического и технического персонала;  6) организация разработки всех клинических и технических правил, процессов и процедур;  7) несет ответственность за создание и функционирование системы управления качеством лабораторных услуг. |
| 18.5 | Руководитель лабораторной службы обеспечивает функционирование системы управления качеством лабораторных услуг. |
| 18.6 | Руководитель лабораторной службы обеспечивает, чтобы все лабораторные услуги предоставлялись в соответствии с установленными правилами и процедурами оказания услуг. |
| 18.7 | Руководитель лабораторной службы обеспечивает, чтобы проводился непрерывный мониторинг качества и выполнялся текущий план повышения качества. |
| **Ресурсы, имеющиеся для оказания качественных лабораторных услуг** | |
| 18.8 | Имеется надлежащая численность компетентного персонала, способного оказывать объем услуг лаборатории. |
| 18.9 | Имеется надлежащее оборудование для оказания объема услуг лаборатории, а также определены процедуры использования оборудования:  1) отбор;  2) квалификация, включая установку, работу и результативность;  3) идентификация и использование;  4) техническое обслуживание;  5) калибровка;  6) система сигнализации, если применимо;  7) информационные системы, включая системы электронной записи;  8) система обеспечения бесперебойного электропитания оборудования. |
| 18.10 | Здание и инфраструктура лаборатории соответствуют для безопасного оказания объема услуг лаборатории. |
| **19.0 МЕНЕДЖМЕНТ МЕДИКАМЕНТОВ**  **Управление и использование лекарственных средств является безопасным, эффективным и рациональным.** | |
| 19.1 | Сертифицированный квалифицированный фармацевт доступен в любое время и:  1) проводит выбор, заказ, раздачу и распределение лекарственных средств;  2) контролирует фармацевтические услуги, предоставляемые медицинским персоналом;  3) проводит мониторинг назначенных лекарственных средств;  4) предоставляет консультации персоналу и пациентам. |
| 19.2 | Организация использует утвержденный перечень основных лекарственных средств (лекарственный формуляр), который:  1) подготовлен с учетом предоставляемых услуг, нужд пациента, научной обоснованности и экономической эффективности и доступности;  2) включает все необходимые терапевтические группы лекарственных препаратов;  3) включает списки лекарственных препаратов высокого риска, применяемых в организации;  4) доступен для медицинского персонала во всех клинических подразделениях;  5) является текущим и обновляется не менее одного раза в год. |
| 19.3 | Реанимационная сумка или тележка с лекарственными препаратами, которые могут срочно потребоваться в критических ситуациях, например, при остановке сердца:  1) имеется в наличии во всех местах, где находятся пациенты;  2) когда не используется, закрыта или прикреплена к стене (в случае с тележкой);  3) укомплектована в соответствии с утвержденным перечнем;  4) доукомплектовывается после использования, включая инструкции по оказанию неотложной помощи. |
| 19.4 | Заказ, хранение, использование и списание лекарственных средств, подлежащих строгому учету, регулируются в соответствии с утвержденными положениями и процедурами:  1) хранение осуществляется в отдельном металлическом шкафу, прочно фиксированном к стене или полу;  2) заказ составляется уполномоченным специалистом с заполнением 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 | Все лекарственные препараты для отдельного пациента выписываются согласно утвержденной больничной форме, листа назначения медикаментов или лекарственного формуляра медицинской организации:  1) ФИО (при его наличии) пациента;  2) дата;  3) лекарственный препарат, принимаемая доза и частота, и выдаваемое количество;  4) продолжительность приема;  5) ФИО (при его наличии) назначившего врача. |
| 19.13 | Организация определяет политику и процедуры по безопасному и точному назначению лекарственных препаратов, включая следующее:  1) лекарственные препараты назначаются только врачами;  2) лекарственные препараты назначаются в соответствии с пятью "правильно" - правильное лекарство, правильная доза, правильный способ применения, правильное время и правильный пациент;  3) пациентов информируют относительно побочных эффектов лекарственных препаратов;  4) когда и как лекарственные препараты можно принимать самому;  5) безопасная дозировка педиатрических лекарственных препаратов в случае критической ситуации, если применимо;  6) показания к назначению парентерального питания;  7) документальное фиксирование каждой принятой дозы лекарственного препарата. |
| 19.14 | Безопасному, эффективному и экономному использованию лекарственных препаратов способствует фармацевтическая служба по мониторингу назначений посредством:  1) определения несоответственного лекарственного препарата;  2) мониторинга неблагоприятных реакций;  3) мониторинга всех лекарственных препаратов с высоким риском;  4) мониторинга антибиотиков на рациональное использование;  5) мониторинга раздачи и других ошибок с медикаментами;  6) проверки адекватности маркировки лекарственных препаратов и информации на листке-вкладыше в упаковке;  7) визуального контроля лекарственных препаратов, для того, чтобы оценить их качество и сроки годности;  8) способствования назначению экономичных и недорогих лекарственных препаратов. |
| 19.15 | Индикатор надлежащего использования профилактических антибиотиков (обязательное и своевременное введение):  1) оценивается за определенный период времени;  2) анализируется для возможных действий;  3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования. |
| 19.16 | Индикатор ошибок при назначении и предоставлении медикаментов (неправильное лекарство, неверная доза, неверное применение):  1) оценивается за определенный период времени;  2) анализируется для возможных действий;  3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования. |
| **20.0 МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА**  **Записи в медицинской карте пациента содержат достоверные, точные и всесторонние данные, и призваны для обеспечения безопасного и непрерывного лечения за пациентом.** | |
| 20.1 | Персонал следует документированному процессу управления медицинскими записями о пациентах, включающему:  1) проводимые записи, включая присвоение пациентам идентификатора;  2) использование только общеизвестных символов и сокращений;  3) поддержание стандартизованного формата с целью облегчения поиска информации в медицинских записях;  4) своевременное оформление медицинской документации медицинскими сотрудниками;  5) хранение, защиту, восстановление и архивирование медицинской документации пациента. |
| 20.2 | 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:  1) дату и время поступления;  2) анамнез заболевания;  3) оформленный документально диагноз по каждой записи, сделанной другой службой;  4) клинический осмотр;  5) план лечения и ухода за пациентом, включая цели и ожидаемые результаты;  6) план последующих действий в уходе за пациентом;  7) назначения лекарственных средств;  8) планирование лечебно-диагностических исследований и интерпретация полученных результатов;  9) прочие детали ухода и лечения. |
| 20.3 | Записи в медицинской карте пациента, включая изменения, вносятся только уполномоченными лицами и отвечают следующим требованиям:  1) вести записи разборчиво;  2) производить записи своевременно;  3) подписать с указанием ФИО (при его наличии);  4) включать дату и время проводимых мероприятий; |
| 20.4 | 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. |
| 20.5 | В медицинской карте пациента имеется свидетельство о реализации плана лечения и ухода за пациентом, включающее следующие пункты:  1) наблюдение;  2) записи о консультациях;  3) сведения и результаты вмешательств, и полученное информированное согласие;  4) записи обо всех значительных событиях,  5) реакцию организма на лечение и уход, а также прогресс в достижении целей;  6) любые потенциально опасные происшествия, инциденты или неблагоприятные события. |
| 20.6 | 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 | Индикатор 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 | Индикатор проведенных аудитов (службой внутреннего аудита):  1) оценивается за определенный период времени;  2) анализируется для возможных действий;  3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования. |
| **21.0 КАЧЕСТВО ЛЕЧЕНИЯ И УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ**  **Организация постоянно отслеживает, оценивает и улучшает качество клинических процессов, и процессов связанных с уходом за пациентом.** | |
| 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 организации;  3) используются для обучения и проведения аттестации (по меньшей мере, один раз в год) персонала по выполнению процедуры;  4) выполняется назначенным персоналом. |
| 21.2 | 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. |
| 21.3 | Предоставление пациенту медицинских услуг отслеживается, результаты используются для улучшения следующих аспектов:  1) времени ожидания;  2) оценки состояния пациента;  3) наличие, содержание и ведение медицинской документации;  4) инфекционный контроль и отчетность;  5) рациональное использование антибиотиков;  6) ошибки назначения лекарственных средств и неблагоприятные реакции при использовании препаратов;  7) использование ограничений и изоляции. |
| 21.4 | Внедрен процесс по выявлению ошибок при назначении лекарственных препаратов и информирования о неблагоприятных событиях при использовании лекарственных средств:  1) информация своевременно сообщается в соответствии с установленной процедурой;  2) анализ полученных данных используется для улучшения качества с целью снижения уровня ошибок при назначении и использовании лекарственных препаратов. |
| 21.5 | В организации создана Формулярная комиссия, анализирующая использование антибактериальных препаратов в лечении пациентов для определения эффективности лечения и контроля за развитием резистентности к антибиотикам, рациональным использованием лекарственных препаратов. |
| 21.6 | Показатели, разработанные для приоритетных болезней и ключевых клинических процессов, например, время ожидания, повторная госпитализация, ошибки в назначении лекарственных препаратов, уровень инфекции:  1) определяются на непрерывной основе;  2) измеряются с согласованной частотой;  3) информация передается в соответствующие комитеты, руководству и персоналу;  4) определенные услуги, предоставленные за определенный промежуток времени сравниваются с исходными данными;  5) информация используются для повышения качества. |

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

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

**РАЗДЕЛ "A": РУКОВОДСТВО**

|  |  |
| --- | --- |
| **№** | **Измеряемые критерии** |
| **1.0 ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ**  **Этические нормы определяют направление деятельности организации и процесс принятия решений.** | |
| 1.1 | Руководство организации коллективно и с учетом рекомендаций заинтересованных сторон определяет миссию, видение организации для планирования и определения направлений развития организации. |
| 1.2 | В организации имеется определенный комплекс ценностей, которыми она руководствуется при принятии решений и определении правил поведения сотрудников. |
| 1.3 | Медицинская организация разрабатывает правила этики, охватывающие вопросы в отношении деятельности организации и обслуживания пациентов. |
| 1.4 | Персонал регулярно проходит обучение по вопросам этики и деонтологии. |
| 1.5 | В организации внедрен процесс выявления, анализа и принятия мер по фактам нарушения норм этики. |
| **2.0 УПРАВЛЕНИЕ**  **В организации осуществляется эффективное управление в соответствии с ее правовым статусом и ответственностью.** | |
| 2.1 | Обязанности руководства организации включают следующее:  1) определение и рассмотрение этических норм;  2) согласование и утверждение стратегического, оперативного планов организации, а также плана по повышению качества услуг;  3) утверждение бюджета и обеспечение организации соответствующими ресурсами для выполнения поставленных целей и задач;  4) мониторинг и оценка достижения результатов стратегических и оперативных планов и качества услуг;  5) назначение или утверждение руководителей структурных подразделений и оценка эффективности их деятельности. |
| 2.2 | Организация действует в соответствии с законодательством Республики Казахстан, и имеет требуемые учредительные документы, в том числе:  1) свидетельство или справка о государственной (учетной) регистрации (перерегистрации);  2) устав (положение);  3) Бизнес идентификационный номер (БИН). |
| 2.3 | Руководство организации обеспечивает осуществление деятельности путем:  1) получения, рассмотрения и реагирования на предписания государственных органов;  2) своевременной подготовки предложений по актуализации действующих нормативных правовых документов;  3) принятия активных действий по доведению их до заинтересованных лиц;  4) обеспечения доступности базы нормативных правовых документов для персонала организации. |
| 2.4 | Организация информирует общественность:  1) об оказываемых услугах и условиях их получения;  2) о деятельности и принимаемых решениях, которые могут повлиять на предоставляемые услуги;  3) о качестве оказываемых услуг и достигнутых результатах. |
| **3.0 СТРАТЕГИЧЕСКОЕ И ОПЕРАТИВНОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ**  **Организация планирует свои услуги с целью удовлетворения потребностей населения и осуществляет четкое руководство по его реализации.** | |
| 3.1 | В стратегическом плане развития, разработанном руководством совместно с персоналом, излагаются долгосрочные цели, задачи, стратегии для осуществления целей организации. |
| 3.2 | Стратегический план основан на:  1) миссии, видении, целях и этических нормах организации;  2) потребностях обслуживаемого населения;  3) анализа полученных отзывов от пациентов/ семей и общественности;  4) количественных и качественных показателей оказания услуг;  5) правительственных стратегиях и приоритетах в здравоохранении;  6) ожидаемых результатов по достижению целей и задач организации (индикаторах оценки). |
| 3.3 | Комплексный годовой (оперативный) план работы разработан и согласован со всеми структурными подразделениями организации:  1) в соответствии со стратегическим планом;  2) с рассмотрением непосредственных приоритетов;  3) содержит задачи и план мероприятий по основным услугам;  4) определяет укомплектование штата, финансовые и материальные ресурсы для обеспечения выполнения запланированных действий. |
| 3.4 | 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 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;  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 высокий риск, большой объем, являются дорогостоящими или проблемными;  3) сбор, анализ и оценку данных мониторинга и аудита;  4) информирование руководства и сотрудников. |
| 5.5 | Ежегодный план повышения качества:  1) разрабатывается совместно с руководителями структурных подразделений;  2) подробно определяет мероприятия по контролю качества, планы действия, их цели и методы достижения;  3) определяет график проведения аудита, сбора данных по качественным показателям;  4) определяет ответственных лиц и сроки исполнения. |
| 5.6 | План повышения качества включает мониторинг, отчетность и оценку:  1) показателей эффективности лечения по приоритетным заболеваниям и ключевым процессам, например, время ожидания, уровень повторной заболеваемости и госпитализации, ошибки в назначении лекарственных средств, инфекции и несчастные случаи;  2) удовлетворенности пациента и его семьи, оказанными услугами. |
| 5.7 | Руководители структурных подразделений ответственны за реализацию плана по повышению качества, включая следующее:  1) мониторинг соответствующих показателей;  2) мониторинг выполнения стандартов, политик, процедур, клинических протоколов и правил;  3) рассмотрение фактов обращений и предложений со стороны пациентов и их семей;  4) проекты по улучшению качества оказываемых услуг. |
| 5.8 | Внутренняя служба по контролю качества:  1) получает отчеты по мероприятиям обеспечения качества;  2) анализирует собранные данные и классифицирует их по направлениям;  3) отчитывается перед руководителями структурных подразделений и руководителями организации. |
| 5.9 | 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. |
| 5.10 | Проводится аудит организации с целью оценки качества предоставляемых услуг и соответствия с утвержденными клиническими протоколами и правилами:  1) уполномоченным лицом/группой экспертов;  2) в соответствии с графиком проведения клинических аудитов использования клинических протоколов, которые имеются в достаточном количестве. |
| 5.11 | Результаты клинического аудита и обзора клинических случаев:  1) обсуждаются в работе соответствующих комиссий, на собраниях или конференциях;  2) используются для улучшения процессов оказания медицинской помощи;  3) включаются в отчеты в рамках выполнения программы повышения качества. |
| 5.12 | Мероприятия по повышению качества запланированы, предприняты соответствующие меры и действия, оценена эффективность действий. Персонал, клиенты/ пациенты информированы о результатах оценки. |
| 5.13 | Персонал следует документированным политикам и процедурам при выполнении своих должностных обязанностей в каждом структурном подразделении. |
| 5.14 | Политики и процедуры, утвержденные руководством:  а) обновляются;  б) разрабатываются с участием персонала;  в) легко доступны персоналу на рабочих местах;  г) официально пересматриваются, по меньшей мере, раз в три года, или чаще по мере необходимости. |

**РАЗДЕЛ "B": 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 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 организации. |
| 6.11 | Отчеты своевременно заполняются и направляются в налоговые органы и органы государственной статистики. |
| **7.0 ИНФОРМАЦИОННОЕ УПРАВЛЕНИЕ**  **Организация систематически управляет и защищает свою информацию в целях удовлетворения информационных потребностей и задач.** | |
| 7.1 | В организации имеется единая автоматизированная информационная система по управлению ее деятельностью, включающая:  1) наличие совместимых компьютеров и пакетов прикладных программ, отвечающих нуждам каждого отдела;  2) лицензионное программное обеспечение;  3) управление текущими расходами;  4) процедуры необходимых обновлений программного обеспечения;  5) текущее техническое обслуживание;  6) обучение персонала. |
| 7.2 | Организация обеспечивает конфиденциальность, безопасность и целостность информации путем:  1) установки уровней защиты для доступа персонала к особо важной информации;  2) обучения персонала о неразглашении частной или личной информации и соблюдения конфиденциальности;  3) ограничения доступа к конфиденциальной информации, в том числе информации о пациенте. |
| 7.3 | Документально оформленные процедуры защиты информации используются персоналом и включают:  1) создание резервных копий файлов;  2) хранение резервных копий;  3) восстановление данных в случае чрезвычайных ситуаций |
| 7.4 | Персонал организации имеет доступ к надежным Интернет-ресурсам и телекоммуникационным технологиям для выполнения своих профессиональных обязанностей. |
| 7.5 | Персонал получает информацию о достижениях и передовых технологиях в здравоохранении посредством:  1) предоставления актуальной медицинской информации, руководств по эксплуатации медицинского оборудования, достоверной информации баз доказательной медицины Кокрановского содружества, Национальной медицинской библиотеки США, Британского национального формуляра Национального института здоровья и клинического совершенства Великобритании;  2) участия в профессиональных конференциях, семинарах, мастер-классах, тренингах и учебных программах. |
| 7.6 | Организация использует стандартный процесс управления документацией, соответствующий требованиям законодательства Республики Казахстан 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 неправомочного доступа или использования;  2) доступны только уполномоченному персоналу;  3) удобны для доступа, но с соблюдением конфиденциальности;  4) не выносятся из помещения без специального разрешения. |
| 7.9 | Медицинская документация хранится:  1) в соответствии с правилами по хранению документов, их передаче в архив и правилами получения документов из архива;  2) под руководством ответственного лица;  3) помещение архива находится в защищенном от доступа посторонних лиц и оборудовано стеллажами (шкафами);  4) выписки из истории болезни предоставляются только определенным лицам по запросу компетентных органов либо иных лиц в рамках действующего законодательства. |
| **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 | В организации используется документированный процесс для определения:  1) уровня укомплектованности персонала, необходимого для выполнения планируемых объемов услуг и работ;  2) уровня требуемого стажа и опыта;  3) наиболее эффективной и рациональной структуры профилей и должностей персонала. |
| 8.2 | 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. |
| 8.3 | Квалификация специалистов и структура профессиональных навыков персонала:  1) соответствуют функциям каждого подразделения;  2) пересматриваются ежегодно при планировании или по потребности. |
| 8.4 | На все штатные должности разработаны должностные инструкции, которые утверждены руководством организации. Должностные инструкции доступны каждому сотруднику и включают:  1) квалификацию, навыки, подготовку, опыт работы, требуемые для занятия штатной должности;  2) функциональные обязанности;  3) подотчетность;  4) сроки пересмотра. |
| 8.5 | Назначение/прием на должность производится:  1) подписанием договора в соответствии с трудовым законодательством и обеспечением равных возможностей трудоустройства между работником и организацией;  2) в соответствии с требованиями, изложенными в должностной инструкции. |
| 8.6 | До назначения/приема специалиста, допущенного к клинической практике, организация:  1) проводит оценку его клинических знаний и навыков;  2) проводит проверку предоставленной первичной документации (дипломы, сертификаты);  3) оформляет личное дело с указанием послужного списка, трудового стажа и опыта работы. |
| 8.7 | Каждый сотрудник подписывает оригинал своей должностной инструкции, копия которой имеется в том подразделении, где он/а работает. |
| 8.8 | Каждый сотрудник проходит инструктаж для ознакомления с организацией, ее целями и задачами, а также со своими должностными обязанностями, в соответствии с документированной программой введения в должность. |
| 8.9 | Персонал в организации идентифицируется посредством:  1) ношения специальной медицинской одежды или униформы для технических работников;  2) бейджей с указанием фамилии, имени, отчества (при его наличии) и занимаемой должности. |
| 8.10 | В организации проводится процедура оценки результатов работы специалистов на предмет:  1) соответствия целям и задачам, указанным в должностных инструкциях;  2) определения достижений и нуждающихся в повышении квалификации;  3) процедура документируется и подписывается сотрудником и руководителем подразделения;  4) подшивается к личному делу. |
| 8.11 | В организации существует механизм мониторинга деятельности всего клинического персонала, который включает:  1) мониторинг того, что клинический персонал имеет достаточную непрерывную клиническую практику для сохранения своей компетентности;  2) реагирование на проблемы, связанные с компетентностью персонала, посредством дополнительного наставничества, обучения или других процедур;  3) мониторинг того, что клинический персонал занимается клинической деятельностью в рамках своих полномочий и компетенций;  4) регулярную проверку сведений о профессиональной квалификации и компетенций сотрудников. |
| 8.12 | Составляется бюджет и ежегодный план по повышению квалификации специалистов на основе:  1) анализа потребностей в дополнительной подготовке сотрудников;  2) анализа потребностей организации, связанных с оказанием услуг. |
| 8.13 | В организации имеется политика непрерывного профессионального и дополнительного образования, предусматривающая:  1) регулярное повышение квалификации медицинских работников (не реже 1 раза в пять лет для врачей и среднего медицинского персонала);  2) средства для повышения квалификации. |
| 8.14 | Существует полная документированная информация о каждом сотруднике организации, включая записи об обучении, которая относится к конфиденциальной и хранится в защищенном месте. |
| 8.15 | В медицинской организации проводится анализ ключевых показателей управления человеческими ресурсами, таких как, текучесть кадров, удовлетворенность условиями труда, в том числе на основании анонимных опросов (анкетирования) сотрудников, результаты которых используются для улучшения (принимаются меры). |

**РАЗДЕЛ "C": УПРАВЛЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТЬЮ**

|  |  |
| --- | --- |
| **9.0 БЕЗОПАСНОСТЬ ЗДАНИЙ**  **Окружающая среда организации является безопасной и комфортной для пациентов, персонала и посетителей.** | |
| 9.1 | Здания организации:  1) отвечают потребностям в площади и расположении подразделений при предоставлении услуг пациентам в повседневной работе и во время чрезвычайных ситуаций;  2) при обнаружении дефектов своевременно ремонтируются;  3) отвечают требованиям строительных норм и правил;  4) отвечают требованиям санитарных правил. |
| 9.2 | В 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 организации на видных местах установлены легко читаемые 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 организации обслуживается в должном объеме и соответствует транспортным требованиям:  1) имеются свободные подъездные пути;  2) отведено парковочное место для автомобилей организации, автомобилей пациентов и посетителей. |
| 9.5 | В организации имеется возможность передвижения пациентов и посетителей с ограниченными физическими возможностями, и перемещения грузов:  1) обеспечение работающих пассажирских лифтов в зданиях, состоящих из двух и более этажей, служебных лифтов в лечебные отделения выше второго этажа;  2) пандус, подходящий для детских колясок, кресло-колясок, каталок и тележек. |
| 9.6 | Организация имеет функционирующие водопроводные и канализационные системы, отвечающие требованиям санитарных правил:  1) объекты подключаются к централизованным системам холодного, горячего водоснабжения и канализации;  2) при отсутствии в населенном пункте централизованной системы водоснабжения используется привозная или вода из устройства местной системы, которая соответствует санитарно-эпидемиологическим требованиям;  3) при размещении объекта в не канализованных и частично канализованных населенных пунктах предусматривается местная система канализации и вывозная система очистки. |
| 9.7 | Окружающая обстановка в организации способствует комфорту и безопасности персонала и пациентов:  1) системы вентиляции, кондиционирования и отопления обеспечивают оптимальные условия микроклимата;  2) помещения с постоянным пребыванием людей обеспечиваются естественным освещением. Все производственные и вспомогательные помещения обеспечиваются искусственным освещением;  3) естественная и искусственная освещенность помещений объектов определяется параметрами в соответствии с требованиями санитарных правил. |
| 9.8 | Организация с целью создания комфортной рабочей среды управляет своими коммунальными службами и сводит к минимуму потенциальные риски:  1) имеет в наличии альтернативные источники электричества и воды для предупреждения воздействия перебоев работы коммунальных служб на систему жизнеобеспечения организации и инфекционный контроль;  2) обслуживание инженерных коммуникаций осуществляется квалифицированными, компетентными работниками, которые следуют надлежащим процедурам. |
| 9.9 | Организация обеспечивает условия для поддержания гигиены пациентов и персонала:  1) все имеющееся технологическое, санитарно-техническое, инженерное и другое оборудование находится в исправном состоянии;  2) обеспечиваются твердым и мягким инвентарем, в том числе одноразовыми изделиями медицинского назначения, дезинфицирующими средствами. |
| **10.0 УПРАВЛЕНИЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМИ СИТУАЦИЯМИ И ПРОТИВОПОЖАРНОЙ БЕЗОПАСНОСТЬЮ**  **Организация сводит к минимуму риски возникновения пожара и готова к чрезвычайным и критическим ситуациям.** | |
| 10.1 | Организация разрабатывает детальный план мероприятий на случай пожара или иной чрезвычайной ситуации, который включает:  1) ответственность за управление и координирование мер экстренного реагирования;  2) процесс уведомления аварийных служб и персонала;  3) систему экстренной связи;  4) процедуру эвакуации людей из здания в случае необходимости. |
| 10.2 | Персонал проходит ежегодное обучение в соответствии с планом реагирования при чрезвычайной ситуации, включая процедуры ориентации персонала при эвакуации, и участвует в мероприятиях по учебной тревоге. |
| 10.3 | Организация снижает риск возникновения пожара путем:  1) использования огнестойких строительных материалов;  2) обеспечения запасных путей эвакуации, таких как лестницы внутри здания и внешние пожарные лестницы;  3) обеспечения достаточным количеством средств пожаротушения (гидранты, пожарные шланги, огнетушители, системы автоматического водяного пожаротушения), расположенных в соответствующих местах и обозначенных надлежащим образом;  4) установки системы пожарной сигнализации и системы оповещения;  5) использования техники и устройств, для ограничения распространения пожара (противопожарные барьеры, противопожарные стены, пожарные двери и аварийные выключатели). |
| 10.4 | Системы аварийной сигнализации:  1) находятся в состоянии готовности и быть способны издавать звуковые сигналы, слышимые на необходимом расстоянии;  2) имеют необходимые настройки, которые содержатся в рабочем состоянии, тестируются в соответствии с программой планово-предупредительного технического обслуживания, полученные данные документируются. |
| 10.5 | Из всех зон здания организации имеются пути эвакуации, включая:  1) пути эвакуации в случае пожара, такие как дверные проемы, коридоры, пандусы или переходы, лестничные пролеты, всегда свободные от заграждений;  2) пожарные и противодымные двери, которые должны хорошо открываются и закрываются вручную;  3) выходные двери, которые оставляются открытыми или фиксируются электрическими устройствами автоматического расцепления;  4) запрет запирания 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) запирание помещений и обеспечение герметичности;  3) запирание контейнеров для хранения газовых баллонов или наличие ограждения, с целью недопущения посторонних лиц. |
| **11.0 БЕЗОПАСНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБОРУДОВАНИЯ И РАСХОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ**  **Организация использует оборудование, расходные материалы и медицинские приборы безопасно, эффективно и рационально.** | |
| 11.1 | Организация планирует закупки, модернизацию и замену медицинских приборов и оборудования для обеспечения планируемых услуг с целью обеспечения бесперебойной работы всех приборов и оборудования. |
| 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 замеряемых 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. |
| **12.0 ЗДОРОВЫЕ УСЛОВИЯ ТРУДА**  **Программа гигиены труда персонала способствует безопасным и здоровым рабочим условиям**. | |
| 12.1 | Выполняются меры по поддерживанию гигиены труда и здоровья персонала с документированием выполнения мер:  1) биологический скрининг и профилактика риска профессионального заражения вирусами гепатита A, B и C, ВИЧ;  2) по необходимости, обеспечение механическими подъемными устройствами для пациентов и обучение персонала обращением с ними;  3) профилактику получения травм иглой и повреждения глаз;  4) контроль радиационной безопасности (если применимо);  5) обеспечение удобным рабочим местом. |
| 12.2 | Организация предоставляет средства и услуги для обеспечения здоровья сотрудников, включающая:  1) аптечки или наборы для оказания первой помощи;  2) срочный осмотр и лечение (производственной травмы, уколы от неосторожного обращения с иглами, повреждения глаз);  3) контроль рабочей нагрузки и психологическая поддержка для минимизации стресса и его контроля.  4) персоналу, который подвергается потенциальным опасностям при выполнении своих служебных обязанностей, предоставляется соответствующая защитная одежда (спецодежда, фартуки, маски, перчатки, колпаки, защитные очки, для сотрудников радиологической службы - свинцово-резиновые фартуки). |
| 12.3 | Сотрудники обучаются технике безопасности, включая:  1) безопасность на рабочем месте;  2) выявление и сообщение о происшествиях, авариях и несчастных случаях, в которых пациенты, персонал были травмированы или могли быть травмированы на рабочем месте при исполнении служебных обязанностей. |
| 12.4 | Организация ежегодно оценивает удовлетворенность сотрудников условиями труда, гарантируя:  1) ознакомление персонала с результатами проведенного исследования;  2) принятие управленческих мер по результатам выявленных проблем. |
| 12.5 | Проводится регулярная (ежеквартальная, ежегодная) дезинсекция и дератизация помещений с обязательным документированием. |
| **Инциденты, несчастные случаи и неблагоприятные события.** | |
| 12.6 | Информация об инцидентах, несчастных случаях и неблагоприятных событиях, в том числе о потенциально опасных происшествиях:  1) предоставляется в соответствующей форме, доступной во всех местах и в установленные сроки;  2) записывается в медицинскую карту пациента или личное дело сотрудника;  3) в случае аварии регистрируется в журнале аварийных ситуаций;  4) сообщается в соответствующие органы при получении серьезной травмы работника или пациента;  5) вносится в централизованный журнал регистрации инцидентов для последующего анализа;  6) оперативно расследуются согласно установленной процедуре. |
| 12.7 | Результаты расследования инцидентов, несчастных случаев и неблагоприятных событий:  1) проанализированы с целью выявления причины происшествия;  2) передаются соответствующей комиссии или подразделению, и используются для улучшения процессов или дополнительного обучения персонала;  3) доведены до сведения персонала, вовлеченного пациента или его семьи. |
| 12.8 | Данные об инцидентах, несчастных случаях и потенциально опасных происшествиях рассматриваются не реже одного раза в год с целью выявления тенденций, а информация предоставляется руководству и сотрудникам, для возможности дальнейшего использования с целью предотвращения травматизма или вреда. |
| **13.0 БЕЗОПАСНОСТЬ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ**  **Обеспечение пациентов и персонала безопасными условиями питания с соблюдением требований санитарных правил.** | |
| 13.1 | Запасы продовольственного сырья, продуктов питания для составления сбалансированного меню для пациентов имеются в достаточном количестве, наличие маркировки, сопровождается документами, удостоверяющими их качество, безопасность и документами, обеспечивающими их прослеживаемость, происхождение. |
| 13.2 | Хранение, обработка, приготовление и распределение продуктов питания проводится согласно требований санитарных правил:  1) сухие продукты питания хранятся на защищенных полках;  2) жидкие, сырые продукты и приготовленная пища хранятся в закрытых маркированных контейнерах;  3) сырые и готовые продукты хранятся в холодильнике раздельно;  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 хранений;  8) наличие маркировки инвентаря, тары, посуды;  9) раздельное хранение пищевой продукции по видам с соблюдением принципа товарного соседства;  10) хранение пищевых продуктов на стеллажах, поддонах, подтоварниках. |
| 13.3 | Наличие спецодежды у персонала пищеблока, раздаточной и прохождение медицинского осмотра. |
| 13.4 | Холодильные и морозильные установки используются для хранения скоропортящихся продуктов. Температура внутри установки контролируется и записывается ежедневно в разное время суток, при любом отклонении от нормы предпринимаются меры по их устранению. |
| 13.5 | Наличие холодильного и морозильного оборудования согласно количеству и объекту принимаемого сырья и готовой продукции. |
| 13.6 | Все помещения в организации соответствуют санитарным правилам, содержатся в чистоте, без насекомых и грызунов, разделены по функциональным зонам, таким как, раздача пищи и мытье посуды. |
| 13.7 | Пищеблок регулярно проверяется на наличие:  1) работающего кухонного оборудования и технологического оборудования для приготовления пищи;  2) маркировки уборочного инвентаря в соответствии с его предназначением;  3) отдельных разделочных столов, ножей и досок для резки сырых и вареных продуктов;  4) столов для работы с продуктами из нержавеющей стали или прочного алюминия;  5) столов для разделки сырого мяса из оцинкованного железа с закругленными углами;  6) отдельных раковин для мытья овощей и посуды;  7) планировка дает возможность разделения функций;  8) помещения содержатся в чистоте и отвечают санитарно-эпидемиологическим требованиям.  9) ежедневная органолептическая оценка качества блюд с ведением записи в журнале установленной формы. |
| 13.8 | Наличие производственного контроля |
| 13.9 | Квалифицированный врач-диетолог или диетсестра осуществляют надзор за приготовлением блюд диетических столов для пациентов. |
| **14.0 ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ**  **Организация проводит контроль и профилактику инфекционных заболеваний.** | |
| 14.1 | Для профилактики и снижения распространения внутрибольничной инфекции, организация коллективно разрабатывает программу по инфекционному контролю, выполняемую во всех структурных подразделениях организации. |
| 14.2 | Надзор за программой инфекционного контроля осуществляется комиссией по инфекционному контролю, состоящей из представителей соответствующих структурных подразделений, имеющей четкий круг полномочий и ответственной за:  1) разработку и мониторинг программы инфекционного контроля;  2) утверждение и обзор всех политик и процедур по инфекционному контролю и проведение мероприятий;  3) координацию всех мероприятий по инфекционному контролю;  4) рассмотрение и анализ данных по инфекционному контролю не реже одного раза в год;  5) принятие надлежащих мер при выявлении недостатков инфекционного контроля;  6) оценку эффективности принятых мер. |
| 14.3 | Программа инфекционного контроля реализуется квалифицированными специалистами (медицинские сестры и/или врачи), в чьи должностные обязанности входит:  1) реализация программы инфекционного контроля, учитывая рекомендации и замечания сотрудников и пациентов, где применимо;  2) реализация политик;  3) обучение персонала;  4) консультации по инфекционному контролю;  5) разработка и применение методов контроля, включая обзор методов борьбы с инфекцией;  6) предоставление отчетов и рекомендаций. |
| 14.4 | 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. |
| 14.5 | Проводятся регулярные обзоры клинических и параклинических практик для анализа рисков инфекции, методов инфекционного контроля и потребностей персонала в обучении, включающие:  1) обходы;  2) изучение истории болезни пациентов, лабораторных отчетов и записей о назначении лекарственных средств;  3) лабораторные анализы культур из взятых проб и смывов от намеченных участков с возможным риском инфекции;  4) уведомления, выдаваемые медицинскому персоналу. |
| 14.6 | В случае возникновения инфекции, персонал следует оформленным документально процессам, чтобы:  1) незамедлительно выявить, отреагировать и локализовать инфекцию;  2) изолировать инфицированных пациентов;  3) выявить источник и пути распространения инфекции, включая отслеживание всех контактов;  4) проконсультироваться с государственными органами здравоохранения или специалистами по инфекционным заболеваниям;  5) использовать результаты расследований, чтобы предотвратить повторное возникновение данной формы инфекции;  6) сообщить в государственные органы здравоохранения. |
| 14.7 | Лабораторный и медицинский персонал, а также медицинские работники, имеющие право назначать лекарственные препараты работают совместно для того, чтобы:  1) незамедлительно выявить и отреагировать на присутствие новых и резистентных вирусов и бактерий;  2) следовать стратегиям назначения антибиотиков, которые поддерживают осторожное их использование в лечении инфекций, включая ограничение использования антибиотиков широкого спектра действия;  3) проводить наблюдение за множественными резистентными организмами и организмами, связанными с использованием антибактериальных препаратов, как часть программы инфекционного контроля. |
| 14.8 | Персонал регулярно проходит инструктаж и своевременно получает обновленную информацию по всем аспектам инфекционного контроля, касающуюся сферы их деятельности, включая:  1) программу инфекционного контроля;  2) тщательное мытье и дезинфекцию рук;  3) стандартные процедуры предосторожности относительно передачи инфекций;  4) политики, процедуры, руководства и принципы инфекционного контроля. |
| 14.9 | Персонал, имеющий прямой контакт с пациентом моет и дезинфицирует руки:  1) перед осмотром или лечением пациентов;  2) после осмотра или лечения пациентов;  3) после физического контакта с любыми материалами или оборудованием в окружении пациента;  4) после снятия перчаток. |
| 14.10 | Стандартные инструкции и диаграммы по мытью и дезинфицированию рук размещены во всех отделениях и в местах пребывания пациентов и над раковинами. |
| 14.11 | Персонал следует документированным процедурам при:  1) обработке, очистке поверхностей;  2) очистке, дезинфекции и стерилизации оборудования, материалов и медицинских приборов в соответствии с инструкциями производителя;  3) сборе, транспортировке, обработке и хранении грязного и чистого белья для предотвращения инфицирования. |
| 14.12 | Технологическая цепочка (последовательность) гигиенических мероприятий от "грязного" до "чистого" обеспечивается путем четкого разделения "грязных" и "чистых" участков, включая отдельные входы и выходы в операционную, прачечную и в центральное стерилизационное отделение. |
| 14.13 | Индикатор по внутрибольничным инфекциям:  1) оценивается за определенный период времени;  2) анализируется для возможных действий;  3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования. |
| 14.14 | Индикатор по обучению персонала гигиене рук:  1) оценивается за определенный период времени;  2) анализируется для возможных действий;  3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования. |
| 14.15 | Индикатор реализации правил по гигиены рук в организации:  1) оценивается за определенный период времени;  2) анализируется для возможных действий;  3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования. |
| **Управление отходами** | |
| 14.16 | Сбор, временное хранение и вывоз медицинских отходов выполняется в соответствии со схемой обращения с отходами, принятом в объекте здравоохранения, который предусматривает:  1) качественный и количественный состав образующихся отходов;  2) порядок сбора отходов;  3) применяемые способы обеззараживания (обезвреживания) и удаления отходов;  4) гигиеническое обучение персонала правилам эпидемической безопасности при обращении с отходами. |
| 14.17 | Для временного хранения медицинских отходов класса Б, В, Г на объекте здравоохранения выделяется отдельное помещение. Комната для хранения медицинских отходов оборудуется вытяжной вентиляцией, холодильным оборудованием для хранения биологических отходов, стеллажами, контейнерами для сбора пакетов с медицинскими отходами, раковиной с подводкой горячей и холодной воды, бактерицидной лампой. |
| 14.18 | Для сбора отходов используются одноразовые, водонепроницаемые мешки, пакеты, металлические и пластиковые емкости, контейнеры для сбора и безопасной утилизации. Для сбора каждого класса отходов используются мешки, пакеты различной окраски (отходы класса А – белую, Б – желтую, В – красную, Г – черную), контейнеры, емкости – маркировку. Металлические и пластиковые емкости, контейнеры для сбора опасных отходов плотно закрываются. |
| 14.19 | Персонал проходит предварительные и периодические медицинские осмотры, обеспечивается комплектами спецодежды и средствами индивидуальной защиты (халаты, комбинезоны, перчатки, маски, респираторы, специальная обувь, фартуки, нарукавники).К работе с отходами не допускаются лица моложе 18 лет. |

**РАЗДЕЛ "D": УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ**

|  |  |
| --- | --- |
| **15.0 ПРАВА ПАЦИЕНТА И СЕМЬИ**  **Организация реализует политику по защите прав пациентов и их семей** | |
| 15.1 | Информация о правах и обязанностях пациента и семьи размещена на государственном и русском языках в местах пребывания пациентов и включает право на:  1) достоинство и уважительное отношение;  2) охрану и безопасность, защиту от физического насилия;  3) неприкосновенность частной жизни;  4) конфиденциальность информации;  5) участие в принятии решений по уходу и принятие информированного решения;  6) подачу жалобы/обращений. |
| 15.2 | В местах ожидания и в других местах пребывания пациентов выставлен информационный стенд:  1) об объеме оказываемых услуг;  2) о перечне услуг, предоставляемых на бесплатной основе, также прейскурант цен на платные услуги;  3) о процедуре подачи жалоб/обращений и предложений. |
| 15.3 | В организации имеется процедура:  1) обучения сотрудников по соблюдению прав пациента и его родственников;  2) мониторинга знаний и соблюдения персоналом прав пациента и семьи;  3) информирования пациентов и их семей с правами и обязанностями;  4) своевременного и эффективного расследования и разрешения случаев нарушения прав пациента. |
| 15.4 | Организация обеспечивает приватность и конфиденциальность информации о пациенте путем:  1) информирования персонала об ответственности за соблюдение конфиденциальности информации;  2) обеспечение доступа к информации о пациентах только уполномоченным лицам или по запросу, имеющему законное обоснование;  3) получения согласия пациентов на раскрытие их личной информации их семьям и другим организациям;  4) соблюдения приватности – имеются ширмы и прикрываются оголенные участки тела;  5) участия в уходе посторонних лиц только с согласия пациента. |
| **Средства для удобства пациента и его семьи (при наличии)** | |
| 15.5 | Организация обеспечивает для пациентов благоприятные условия для пребывания и встреч с посетителями посредством:  1) наличия холлов или площадок с диванами или скамейками; помещения в отделениях с телевизором, игрушками для детей, журналами;  2) гибких графиков для посещения больных;  3) предоставления возможности родственникам или другим лицам участвовать в уходе за больными с согласия пациента;  4) наличия места рядом с пациентом, оборудованного для родственника или лица, осуществляющего уход. |
| 15.6 | Для пациентов с ограничением способности к передвижению имеются вспомогательные средства для передвижения, поручни и перила, кресло-коляски, костыли и трости, а также предоставляется персонал для помощи таким пациентам. |
| **Информация для пациентов и получение их согласия** | |
| 15.7 | Пациентам и их семьям (при наличии) предоставляется полная информация в доступной форме:  1) о состоянии здоровья пациента;  2) о планируемом лечении;  3) о стоимости, возможных рисках и пользе предлагаемого лечения или обследования;  4) об альтернативных методах лечения и/или диагностики. |
| 15.8 | После предоставления информации организации получает согласие пациента:  1) в письменном виде с записью его в историю болезни на инвазивные процедуры или операции;  2) в письменном виде на его участие в клиническом исследовании, тестировании лекарственных средств и/или новых медицинских технологий. |
| 15.9 | Пациенту и его семье (при наличии) предоставляется информация относительно направления в другую медицинскую организацию, такая как стоимость, проезд, время, продолжительность лечения и ожидаемый результат. |
| 15.10 | Пациенты и их семьи (при наличии) обеспечиваются информацией об уходе и заболевании посредством:  1) регулярных бесед (обучения), проводимых медицинскими работниками;  2) предоставления видеоматериалов, брошюр и другой информации о профилактике заболевания и пропаганде здорового образа жизни, которые находятся в доступных местах. |
| **Порядок подачи обращений пациентом** | |
| 15.11 | В организации существует и используется процесс получения обращений от пациентов и их семей относительно нарушения их прав, в котором:  1) обеспечивается информирование пациентов и их семей о том, как подать обращение внутри организации и вне организации;  2) упрощается процедура путем предоставления готовых бланков для обращений или принятия обращений в произвольном или устном виде;  3) обращение передается ответственному лицу для расследования. |
| 15.12 | Существует документальный процесс сбора, приоритизации, расследования, а также справедливого и своевременного удовлетворения обращений, что включает следующее:  1) подтверждение поступления обращения (если по обращению еще не были приняты меры к удовлетворению пациента и его семьи);  2) расследование обращений, опрос вовлеченных сотрудников;  3) вынесение решения по обращению;  4) при необходимости, принятие мер;  5) информирование пациента и членов его семьи о ходе и результате расследования. |
| 15.13 | Обращения заносятся в журнал регистрации, мониторируется процесс работы с обращениями, и результаты используются для повышения качества. |
| **Отзывы пациентов** | |
| 15.14 | Организация регулярно измеряет степень удовлетворенности пациентов и их семей услугами путем:  1) предоставления пациентам и населению контактных данных (почтовый и электронный адрес) для обратной связи;  2) ведения записи замечаний, пожеланий и благодарностей, полученных в письменном виде, по телефону или лично от пациентов;  3) проведения анкетирования пациентов с целью определения удовлетворенности пациентов для оценки качества оказания услуг, работы персонала и где применимо, системы оплаты;  4) анализа данных и определения тенденций, которые используются для повышения качества. |
| **16.0 ДОСТУП К УХОДУ, ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ПЛАНИРОВАНИЕ УХОДА**  **После госпитализации проводится первичный осмотр с участием мультидисциплинарной команды и определяется план лечения или ухода за пациентом.** | |
| 16.1 | Доступность услуг организации для населения осуществляется путем:  1) предоставления бесплатного обслуживания в соответствии с Перечнем гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;  2) удобного графика работы служб для групп пациентов в соответствии с предоставляемыми услугами;  3) информирования населения об объеме услуг, графике работы |
| 16.2 | Пациента госпитализируют обоснованно, согласно утвержденным критериям госпитализации или перечню оказываемых услуг. |
| 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. |
| **Осмотр пациента** | |
| 16.4 | Пациентам проводится осмотр с участием мультидисциплинарной команды (реабилитолог, невролог, физиотерапевт или специалист по ЛФК, средний медперсонал по уходу и другие специалисты) в течение 8 часов после госпитализации. |
| 16.5 | 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 |
| **Планирование лечения и ухода за пациентом** | |
| 16.7 | Мультидисциплинарная команда (реабилитолог, невролог, физиотерапевт или специалист по ЛФК, средний медперсонал по уходу и другие специалисты по необходимости) коллективно определяет первичный диагноз и план лечения и ухода, которые документируются в медицинской карте. |
| 16.8 | 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. |
| **17.0 ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ.**  **Своевременное и безопасное лечение и уход за пациентом предоставляются в соответствии с планом лечения и ухода за пациентом и предоставление услуг завершается согласно плану.** | |
| 17.1 | Медперсонал, участвующий в уходе за пациентом, ознакомлен с планом ухода. |
| 17.2 | План лечения и ухода своевременно реализуется (выполняется). |
| 17.3 | Для каждого пациента определяется одно лицо (лечащий врач или координатор лечения), ответственное за его лечение и уход в течение пребывания пациента организации. При смене этого лица, пациенту сообщается, кто будет его заменять. |
| 17.4 | Состояние пациентов повторно оценивают через промежутки времени, определенные в правилах организации, чтобы:  1) определить реакцию на реабилитационное или иное лечение;  2) запланировать дальнейшее лечение или выписку пациента.  Результаты повторных осмотров, динамика состояния пациента в достижении целей лечения и ухода документируются в медицинской карте. |
| 17.5 | Пациенты могут получить помощь по требованию:  1) имея легкодоступный функционирующий звонок (кнопку) вызова у кровати и в ванных комнатах/туалетах для пациентов;  2) медицинский персонал доступен в любое время в соответствии с графиком дежурств;  3) дежурный врач осматривает пациентов, требующих специального лечения, и вносит данные осмотра в медицинскую карту пациента. |
| 17.6 | Регулярно проводится оценка боли пациентов с использованием соответствующего инструмента/шкалы, по данным оценки проводится снижение боли в соответствии с правилами организации. |
| 17.7 | Безопасность пациента обеспечивается путем:  1) идентификации пациента двумя различными методами во время раздачи лекарственных препаратов, при переливании крови и продуктов крови, при заборе образцов крови и других образцов для клинического анализа или предоставлении любого другого лечения или процедуры;  2) верификации участка тела до проведения диагностической или лечебной процедуры;  3) использования процесса принятия устной или телефонной информации с проверочным повтором записанного полного текста информации лицом, получившим эту информацию. |
| 17.8 | Риск падения для каждого пациента:  1) оценивается повторно с записью в медицинской карте – через регулярные промежутки времени, а также после приема лекарств, повышающих риск падения (вызывающих головокружение, слабость), после процедур, повышающих риск падения (физиотерапия и тому подобное),  2) снижается или устраняется путем принятия мер (сопровождение пациента). |
| 17.9 | В течение всего времени оказания услуг пациенту поддерживается целостность и непрерывность путем:  1) совместных обходов, консилиумов;  2) передачи достаточной информации о пациентах при сдаче дежурства между сменами;  3) преемственности между службами и подразделениями;  4) ведения медицинской карты пациента с внесением точных и своевременных записей о динамике состояния. |
| 17.10 | План лечения пациента пересматривается в соответствии с результатами повторных осмотров и прогрессом в достижении определенных целей. |
| 17.11 | Индикатор по идентификации пациентов:  1) оценивается за определенный период времени;  2) анализируется для возможных действий;  3) данные предоставляются во время аккредитационного обследования. |
| 17.12 | Индикатор по передаче информации (при передаче смены, смена службы, передвижение между службами):  1) оценивается за определенный период времени;  2) анализируется для возможных действий;  3) данные предоставляются во время аккредитационного обследования. |
| **Окончание обслуживания** | |
| 17.13 | 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 иди уход, выполненные процедуры, принятые медикаменты,  - состояние пациента при выписке,  - указание того, были ли достигнуты цели ухода и лечения,  - рекомендации по дальнейшему лечению и уходу пациента. |
| **18.0 ЛАБОРАТОРНАЯ СЛУЖБА**  **Объем лабораторных услуг в организации четко определен** | |
| 18.1 | Оказываемые услуги и их организация четко описаны (имеется список услуг и стандартные операционные процедуры) |
| 18.2 | Подготовлен и реализован План повышения качества |
| 18.3 | Руководитель лабораторной службы имеет соответствующую квалификацию (включая клинические и управленческие требования). |
| 18.4 | Должностная инструкция руководителя лабораторной службы включает следующие обязанности:  1) обзор клинической и технической компетентности персонала;  2) передача полномочий, если применимо;  3) участие в разборе жалоб;  4) консультативная помощь при оценке нового оборудования;  5) оказание консультативной помощи по клиническим и техническим процедурам, современной наилучшей практике и важным научным находкам для клинического и технического персонала;  6) организация разработки всех клинических и технических правил, процессов и процедур;  7) несет ответственность за создание и функционирование системы управления качеством лабораторных услуг. |
| 18.5 | Руководитель лабораторной службы обеспечивает функционирование системы управления качеством лабораторных услуг. |
| 18.6 | Руководитель лабораторной службы обеспечивает, чтобы все лабораторные услуги предоставлялись в соответствии с установленными правилами и процедурами оказания услуг. |
| 18.7 | Руководитель лабораторной службы обеспечивает, чтобы проводился непрерывный мониторинг качества и выполнялся текущий план повышения качества. |
| **Ресурсы, имеющиеся для оказания качественных лабораторных услуг** | |
| 18.8 | Имеется надлежащая численность компетентного персонала, способного оказывать объем услуг лаборатории. |
| 18.9 | Имеется надлежащее оборудование для оказания объема услуг лаборатории, а также определены процедуры использования оборудования:  1) отбор;  2) квалификация, включая установку, работу и результативность;  3) идентификация и использование;  4) техническое обслуживание;  5) калибровка;  6) система сигнализации, если применимо;  7) информационные системы, включая системы электронной записи;  8) система обеспечения бесперебойного электропитания оборудования. |
| 18.10 | Здание и инфраструктура лаборатории соответствуют для безопасного оказания объема услуг лаборатории. |
| **19.0 МЕНЕДЖМЕНТ МЕДИКАМЕНТОВ**  **Управление и использование лекарственных средств является безопасным, эффективным и рациональным.** | |
| 19.1 | Сертифицированный квалифицированный фармацевт доступен в любое время и:  1) проводит выбор, заказ, раздачу и распределение лекарственных средств;  2) контролирует фармацевтические услуги, предоставляемые медицинским персоналом;  3) проводит мониторинг назначенных лекарственных средств;  4) предоставляет консультации персоналу и пациентам. |
| 19.2 | Организация использует утвержденный перечень основных лекарственных средств (лекарственный формуляр), который:  1) подготовлен с учетом предоставляемых услуг, нужд пациента, научной обоснованности и экономической эффективности и доступности;  2) включает все необходимые терапевтические группы лекарственных препаратов;  3) включает списки лекарственных препаратов высокого риска, применяемых в организации;  4) доступен для медицинского персонала во всех клинических подразделениях;  5) является текущим и обновляется не менее одного раза в год. |
| 19.3 | Реанимационная сумка или тележка с лекарственными препаратами, которые могут срочно потребоваться в критических ситуациях, например, при остановке сердца:  1) имеется в наличии во всех местах, где находятся пациенты;  2) когда не используется, закрыта или прикреплена к стене (в случае с тележкой);  3) укомплектована в соответствии с утвержденным перечнем;  4) доукомплектовывается после использования, включая инструкции по оказанию неотложной помощи. |
| 19.4 | Заказ, хранение, использование и списание лекарственных средств, подлежащих строгому учету, регулируются в соответствии с утвержденными положениями и процедурами:  1) хранение осуществляется в отдельном металлическом шкафу, прочно фиксированном к стене или полу;  2) заказ составляется уполномоченным специалистом с заполнением учетно-отчетной документации;  3) все дозы были подсчитаны и зарегистрированы в книге учета медикаментов. |
| 19.5 | Все лекарственные средства с истекшим сроком годности или списанные по иным причинам (в том числе и препараты, возвращенные пациентами, неиспользованные лекарственные средства, подлежащие строгому учету), безопасно утилизируются в соответствии с письменной процедурой. |
| 19.6 | Организация разрабатывает подходы по повышению безопасности использования лекарственных средств:  1) концентрированные лекарственные средства хранятся отдельно от других лекарственных средств с дополнительным предупреждением, напоминающим персоналу о необходимости разбавления перед использованием;  2) запрещено хранение концентрированных электролитов (включая хлорид калия, фосфат калия, хлорид натрия >0.9 %, сульфат магния и других электролитов) в зонах пребывания пациентов;  3) все лекарственные средства, контейнеры для медикаментов, шприцы, системы для внутривенного вливания, поильники и др., находящиеся в стерильных зонах, маркируются;  4) внедрены и используются процессы с целью предотвращения ошибок назначения и применения препаратов высокого риска и концентрации, препаратов, имеющих схожую упаковку, или созвучных препаратов. |
| 19.7 | В организации имеется система, которая обеспечивает, что рецепты:  1) выдаются только уполномоченными медицинскими работниками, имеющими право назначать рецептурные препараты (зарегистрированными практикующими врачами);  2) заполнены разборчивым почерком и должным образом подписаны врачом;  3) включают возраст и пол пациента, предварительный или подтвержденный диагноз, частоту и продолжительность приема, дозу, форму лекарственных препаратов. |
| 19.8 | Персонал следует письменной политике, включая временные рамки и способ заказа, для устных заказов медикаментов в чрезвычайных обстоятельствах, которые были согласованы медицинским, медсестринским и фармацевтическим персоналом. |
| 19.9 | Все лекарственные препараты, выданные из аптеки и расфасованные, согласно этапам лекарственного менеджмента, должны, по меньшей мере, иметь следующую маркировку:  1) наименование лекарственного препарата и указание его концентрации;  2) срок годности;  3) принимаемая доза и частота;  4) прочие письменные инструкции по использованию, в случае необходимости. |
| 19.10 | Пациенту, включая пациента на выписку, предоставляется письменная и устная информация относительно выписанного лекарственного препарата, включая:  1) стоимость, если применимо;  2) положительное действие (эффективность) и побочные эффекты;  3) риски несоблюдения инструкций;  4) безопасный и соответственный способ использования лекарственного препарата. |
| 19.11 | Имеется утвержденная больничная форма для назначений лекарственных препаратов, согласно которой назначаются все лекарственные препараты для отдельного клиента/пациента. |
| 19.12 | Все лекарственные препараты для отдельного пациента выписываются согласно утвержденной больничной форме, листа назначения медикаментов или лекарственного формуляра медицинской организации:  1) ФИО (при его наличии) пациента  2) дата;  3) лекарственный препарат, принимаемая доза и частота, и выдаваемое количество;  4) продолжительность приема;  5) ФИО (при его наличии) назначившего врача. |
| 19.13 | Организация определяет политику и процедуры по безопасному и точному назначению лекарственных препаратов, включая следующее:  1) лекарственные препараты назначаются только врачами;  2) лекарственные препараты назначаются в соответствии с пятью "правильно" - правильное лекарство, правильная доза, правильный способ применения, правильное время и правильный пациент;  3) пациентов информируют относительно побочных эффектов лекарственных препаратов;  4) когда и как лекарственные препараты можно принимать самому;  5) безопасная дозировка педиатрических лекарственных препаратов в случае критической ситуации, если применимо;  6) показания к назначению парентерального питания;  7) документальное фиксирование каждой принятой дозы лекарственного препарата. |
| 19.14 | Безопасному, эффективному и экономному использованию лекарственных препаратов способствует фармацевтическая служба по мониторингу назначений посредством:  1) определения несоответственного лекарственного препарата;  2) мониторинга неблагоприятных реакций;  3) мониторинга всех лекарственных препаратов с высоким риском;  4) мониторинга антибиотиков на рациональное использование;  5) мониторинга раздачи и других ошибок с медикаментами;  6) проверки адекватности маркировки лекарственных препаратов и информации на листке-вкладыше в упаковке;  7) визуального контроля лекарственных препаратов, для того, чтобы оценить их качество и сроки годности;  8) способствования назначению экономичных и недорогих лекарственных препаратов. |
| 19.15 | Индикатор надлежащего использования профилактических антибиотиков (обязательное и своевременное введение):  1) оценивается за определенный период времени;  2) анализируется для возможных действий;  3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования. |
| 19.16 | Индикатор ошибок при назначении и предоставлении медикаментов (неправильное лекарство, неверная доза, неверное применение):  1) оценивается за определенный период времени;  2) анализируется для возможных действий;  3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования. |
| **20.0 МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА**  **Записи в медицинской карте пациента содержат достоверные, точные и всесторонние данные, и призваны для обеспечения безопасного и непрерывного лечения за пациентом.** | |
| 20.1 | Персонал следует документированному процессу управления медицинскими записями о пациентах, включающему:  1) проводимые записи, включая присвоение пациентам идентификатора;  2) использование только общеизвестных символов и сокращений;  3) поддержание стандартизованного формата с целью облегчения поиска информации в медицинских записях;  4) своевременное оформление медицинской документации медицинскими сотрудниками;  5) хранение, защиту, восстановление и архивирование медицинской документации пациента. |
| 20.2 | 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:  1) дату и время поступления;  2) анамнез заболевания;  3) оформленный документально диагноз по каждой записи, сделанной другой службой;  4) клинический осмотр;  5) план лечения и ухода за пациентом, включая цели и ожидаемые результаты;  6) план последующих действий в уходе за пациентом;  7) назначения лекарственных средств;  8) планирование лечебно-диагностических исследований и интерпретация полученных результатов;  9) прочие детали ухода и лечения. |
| 20.3 | Записи в медицинской карте пациента, включая изменения, вносятся только уполномоченными лицами и отвечают следующим требованиям:  1) вести записи разборчиво;  2) производить записи своевременно;  3) подписать с указанием ФИО (при его наличии);  4) включать дату и время проводимых мероприятий; |
| 20.4 | 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. |
| 20.5 | В медицинской карте пациента имеется свидетельство о реализации плана лечения и ухода за пациентом, включающее следующие пункты:  1) наблюдение;  2) записи о консультациях;  3) сведения и результаты вмешательств, и полученное информированное согласие;  4) записи обо всех значительных событиях,  5) реакцию организма на лечение и уход, а также прогресс в достижении целей;  6) любые потенциально опасные происшествия, инциденты или неблагоприятные события. |
| 20.6 | 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 | Индикатор 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 | Индикатор проведенных аудитов (службой внутреннего аудита):  1) оценивается за определенный период времени;  2) анализируется для возможных действий;  3) доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования. |
| **21.0 КАЧЕСТВО ЛЕЧЕНИЯ И УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ**  **Организация постоянно отслеживает, оценивает и улучшает качество клинических процессов, и процессов связанных с уходом за пациентом.** | |
| 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 организации;  3) используются для обучения и проведения аттестации (по меньшей мере, один раз в год) персонала по выполнению процедуры;  4) выполняется назначенным персоналом. |
| 21.2 | 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. |
| 21.3 | Предоставление пациенту медицинских услуг отслеживается, результаты используются для улучшения следующих аспектов:  1) времени ожидания;  2) оценки состояния пациента;  3) наличие, содержание и ведение медицинской документации;  4) инфекционный контроль и отчетность;  5) рациональное использование антибиотиков;  6) ошибки назначения лекарственных средств и неблагоприятные реакции при использовании препаратов;  7) использование ограничений и изоляции. |
| 21.4 | Внедрен процесс по выявлению ошибок при назначении лекарственных препаратов и информирования о неблагоприятных событиях при использовании лекарственных средств:  1) информация своевременно сообщается в соответствии с установленной процедурой;  2) анализ полученных данных используется для улучшения качества с целью снижения уровня ошибок при назначении и использовании лекарственных препаратов. |
| 21.5 | В организации создана Формулярная комиссия, анализирующая использование антибактериальных препаратов в лечении пациентов для определения эффективности лечения и контроля за развитием резистентности к антибиотикам, рациональным использованием лекарственных препаратов. |
| 21.6 | Показатели, разработанные для приоритетных болезней и ключевых клинических процессов, например, время ожидания, повторная госпитализация, ошибки в назначении лекарственных препаратов, уровень инфекции:  1) определяются на непрерывной основе;  2) измеряются с согласованной частотой;  3) информация передается в соответствующие комитеты, руководству и персоналу;  4) определенные услуги, предоставленные за определенный промежуток времени сравниваются с исходными данными;  5) информация используются для повышения качества. |

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