

**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 приказуМинистра здравоохраненияи социального развитияРеспублики Казахстанот 8 апреля 2016 года № 266 Приложение 4 к приказуМинистра здравоохраненияРеспублики Казахстанот 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 приказуМинистра здравоохраненияи социального развитияРеспублики Казахстанот 8 апреля 2016 года № 266 Приложение 5 к приказуМинистра здравоохраненияРеспублики Казахстанот 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