**МЕТОДИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО**

 **по применению обновленных стандартов аккредитации медицинских организаций в Республике Казахстан**

**Астана, 2013 г**

**Предисловие**

В рамках Проекта Всемирного Банка «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан» в 2009 году были разработаны национальные стандарты аккредитации медицинских организаций, оказывающих стационарную, амбулаторно-поликлиническую, скорую медицинскую помощь.

В соответствии с Посланием Главы государства Н. Назарбаева о поэтапном внедрении международных стандартов в систему здравоохранения, национальные стандарты аккредитации были усовершенствованы путем дополнения международных норм безопасности и качества медицинских услуг.

Мероприятия по обновлению национальных стандартов аккредитации медицинских организаций осуществлялись в рамках партнерского взаимодействия министерства здравоохранения Республики Казахстан, Комитета контроля качества медицинской и фармацевтической деятельности, Центра аккредитации РГП «Республиканский центр развития здравоохранения» и консалтинговой компании CSIH (Canadian Society for International Health).

Обновленные стандарты аккредитации медицинских организаций, оказывающих стационарную, амбулаторно-поликлиническую, скорую медицинскую помощь, были утверждены приказом министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 года № 676 «Об утверждении стандартов аккредитации для субъектов здравоохранения».

 Исполнительным Комитетом Международного сообщества по качеству в здравоохранении (ISQua) в 2012 году казахстанские стандарты аккредитации стационаров были признаны соответствующими международным принципам безопасности и качества в здравоохранении.

 В феврале 2013 г. получили международное признание и казахстанские стандарты аккредитации медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь.

 Основная часть усовершенствованных стандартов аккредитации медицинских организаций базируется на требованиях нормативных правовых документах, регламентированных в Республике Казахстан. Отдельные стандарты дополнены на основании рекомендаций Всемирной организации здравоохранения, Международного общества по качеству в здравоохранении и направлены на защиту прав потребителя (пациента).

 Обновленные стандарты аккредитации медицинских организаций интегрированы через модуль «Аккредитация» Системы управления качеством медицинских услуг (СУКМУ) в Единую информационную системы здравоохранения (ЕИСЗ) Республики Казахстан.

 В связи с тем, что при проведении апробации (тестировании) проектов стандартов аккредитации потребовались дополнительные мероприятия по разъяснению нововведений, было принято решение о разработке Методического руководства по применению обновленных стандартов аккредитации медицинских организаций в Республике Казахстан, как дополнение к проводимым обучающим мероприятиям.

 Цель данного документа – методическая помощь в правильной интерпретации критериев обновленных стандартов аккредитации медицинских организаций. Методическое руководство (руководство) предназначено для руководителей и персонала медицинских организаций, независимых экспертов, специалистов службы внутреннего аудита, инспекторов по аккредитации, преподавателей по вопросам аккредитации.

 Структура Методического руководства состоит из:

- наименование разделов стандартов аккредитации: разделы «А», «В», «С», «Д»;

- стандартов 1.0; 2.0; 3.0 и т.д.;

- критериев стандартов 1.1., 1.2. и т.д.;

- комментариев по интерпретации требований стандарта/критерия;

- ссылки на нормативные правовые документы Республики Казахстан (по состоянию на 15 мая 2013 года), а также ссылки на рекомендации международных организаций в области здравоохранения;

- перечень источников в качестве доказательной базы по соответствию медицинской организации требованиям критерия стандарта.

 Содержание критериев стандартов сформулировано как конечный результат деятельности медицинской организации в рамках требований критерия.

 Например*,*критерий 1.5: «В медицинской организации внедрен процесс выявления, анализа и принятия мер по фактам нарушения этических норм». То есть в медицинской организации соблюдаются этические нормы поведения во взаимоотношениях сотрудников, персонала и пациентов, посетителей, персонала и внешних поставщиков и др. В медицинской организации налажен процесс своевременного выявления, регулярного анализа и принятия мер по фактам нарушения этических норм. Это может быть подтверждено представлением документально оформленных процедур (например, правила выявления, регистрации, анализа (рассмотрения) и принятия мер по фактам нарушения этических норм), приказа руководителя медицинской организации о создании этической комиссии и утверждении положения об этической комиссии, протоколов заседания данной комиссии, демонстрацией информационных стендов для персонала, пациентов, посетителей.

 Перечень источников в качестве доказательной базы по соответствию медицинской организации требованиям критерия стандарта, указанный в руководстве, имеет рекомендательный характер. По усмотрению медицинской организации перечень может быть дополнен в соответствии с уровнем развития системы менеджмента качества в организации.

 Оценка соответствия стандартам предполагает изучение представленных документов и оценку процесса непосредственно на основании изучения мнения персонала, пациентов, посетителей, наблюдения за ситуацией в медицинской организации в контексте требований стандарта.

 В рамках подготовительных мероприятий к аккредитации, с целью оказания методической помощи Комитетом контроля медицинской и фармацевтической помощи совместно с Центром аккредитации РГП «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК в медицинские организации направлены образцы (шаблоны) документирования процедур, заявленных в стандартах аккредитации.

 Разработчики Методического руководства с большим вниманием отнесутся к предложениям и дополнениям по усовершенствованию данной версии, которые можно направить на эл. адрес: center.akkred@mail.ru

 Методическое руководство по применению обновленных стандартов аккредитации медицинских организаций разработано в рамках Проекта Всемирного Банка «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан» (подкомпонент В1).

Оглавление

[РАЗДЕЛ «А»: «РУКОВОДСТВО» 6](#_Toc357773460)

[Стандарт 1.0 « ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ»: 6](#_Toc357773461)

[Стандарт 2.0 «УПРАВЛЕНИЕ» 9](#_Toc357773462)

[Стандарт 3.0 «СТРАТЕГИЧЕСКОЕ И ОПЕРАТИВНОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ» 12](#_Toc357773463)

[Стандарт 4.0 «ОБЩЕЕ УПРАВЛЕНИЕ» 14](#_Toc357773464)

[Стандарт 5.0 «УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ И ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА» 18](#_Toc357773465)

[РАЗДЕЛ «B» : « УПРАВЛЕНИЕ РЕСУРСАМИ» 25](#_Toc357773466)

[Стандарт 6.0 «УПРАВЛЕНИЕ ФИНАНСАМИ» 25](#_Toc357773467)

[Стандарт 7.0 «ИНФОРМАЦИОННОЕ УПРАВЛЕНИЕ» 31](#_Toc357773468)

[Стандарт 8.0 «УПРАВЛЕНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ» 37](#_Toc357773469)

[РАЗДЕЛ С: УПРАВЛЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТЬЮ 46](#_Toc357773470)

[Стандарт 9.0 «БЕЗОПАСНОСТЬ ЗДАНИЙ» 46](#_Toc357773471)

[Стандарт 12.0 «ЗДОРОВЫЕ УСЛОВИЯ ТРУДА» 69](#_Toc357773472)

[Стандарт 13.0 «БЕЗОПАСНОСТЬ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ» 79](#_Toc357773473)

[Стандарт 14.0 «ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ» 85](#_Toc357773474)

[РАЗДЕЛ D: ЛЕЧЕНИЕ И УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ 95](#_Toc357773475)

[Стандарт 15.0 «ПРАВА ПАЦИЕНТА И СЕМЬИ» 95](#_Toc357773476)

[Стандарт16.0 «ДОСТУП К МЕДИЦИНСКОМУ ОБСЛУЖИВАНИЮ, ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ПЛАНИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ» 106](#_Toc357773477)

[Стандарт 17.0 «ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ» 118](#_Toc357773478)

Стандарт 18.0 «АНЕСТЕЗИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ» ……………………… 124

## Стандарт 19.0 ЛАБОРАТОРНАЯ СЛУЖБА ………………………………………..…… 129

# РАЗДЕЛ «А»: «РУКОВОДСТВО»

## Стандарт 1.0 « ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ»:

**Этические нормы определяют направление деятельности организации и процесс принятия решений.**

***Критерий 1.1*** «Формулировка целей или предназначения медицинской организации осуществляется руководством организации при содействии персонала с учетом рекомендаций заинтересованных сторон и представляет собой основу для планирования и определения направлений развития организации».

***Комментарии:***

Определение миссии, цели организации является одной из основных задач руководителей медицинской организации и важнейшей составляющей стратегического планирования.

Миссия – это предназначение организации, которое способствует укреплению корпоративной культуры, обеспечивает единомыслие сотрудников, тем самым создает позитивный образ организации в глазах потребителей, конкурентов, работников, высшего руководства, общества в целом. Миссия объясняет суть деятельности, специфику и путь развития организации – все то, что отличает эту организацию от остальных в этой отрасли.

Миссия пересматривается в соответствии с циклом стратегического планирования организации.

Медицинская организация должна продемонстрировать путем предоставления соответствующих документов, что при формировании миссии и цели организации персонал принял участие, были учтены рекомендации заинтересованных сторон (например, профсоюзы, объединения пациентов, поставщики, ассоциации).

Миссия и цели медицинской организации доступны для ознакомления сотрудникам, пациентам, общественности, а также отражены в стратегическом плане организации.

Формирование миссии и целей в организации является одной из норм международной практики.

***Доказательная база:***

1. Документы, где описывается миссия организации (стратегический план, протоколы обсуждения, брошюры, буклеты и др.);
2. информационные стенды;
3. сайт организации;
4. осведомленность персонала о процессе принятия миссии и цели организации.

***Критерий 1.2 «***В медицинской организации имеется определенный комплекс ценностей, которыми она руководствуется при принятии решений и определении правил поведения сотрудников».

***Комментарии:***

Ценности организации – моральные и деловые качества персонала, традиции коллектива, регулирующие поведение сотрудников при исполнении ими должностных обязанностей, разовых и постоянных поручений, делового взаимодействия и межличностного общения.

Например: наставничество, уважение прав пациента, уважение старших, профессионализм, рациональное использование ресурсов и др.

Ключевые ценности отражены в этических правилах поведения персонала медицинской организации.

***Доказательная база:***

1. Документы, где описываются ценности организации (стратегический план, этические правила поведения персонала, протоколы обсуждения, брошюры, буклеты и др.);
2. информационные стенды;
3. сайт организации;
4. осведомленность персонала о процессе определения ценностей организации.

***Критерий 1.3*** «Медицинская организация разрабатывает этические правила, охватывающие вопросы в отношении деятельности медицинской организации и обслуживания пациентов».

***Комментарии:***

Этические правила – комплекс определенных норм, регулирующих взаимоотношения в организации с точки зрения медицинской этики и деонтологии. Этические правила разрабатываются с участием персонала, утверждаются руководителем медицинской организации.

Этические нормы поведения персонала, как и Кодекс чести медицинских и фармацевтических работников Республики Казахстан, в соответствии с Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения (с и[зменениями и дополнениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1001176508" \t "_parent) по состоянию на 15.04.2013 г.), определяют моральную ответственность медицинских и фармацевтических работников за свою деятельность перед гражданами и обществом в целом.

***Доказательная база:***

1. Этические правила, регламентирующие поведение персонала медицинской организации;
2. документы, где описываются этические правила организации (протоколы обсуждения, брошюры, буклеты и др.);
3. информационные стенды;
4. сайт организации;
5. осведомленность персонала об этических правилах организации и о процессе их разработки.

***Критерий 1.4*** «Персонал регулярно проходит обучение по вопросам этики и деонтологии».

***Комментарии:***

В медицинской организации организована система обучения сотрудников, как вновь принятых на работу, так и работающих, по вопросам этики и деонтологии. Данное обучение поможет сотрудникам предупредить факты нарушения этических норм поведения, которые могут возникнуть в процессе взаимодействия между собой, при оказании медицинских услуг пациентам и др.

***Доказательная база:***

1. План обучения персонала;
2. программы обучения;
3. ресурсы для реализации процесса обучения (кадры, помещения, финансовые средства, оборудование, методические разработки, лекционный и наглядный материал и др.);
4. документы, подтверждающие участие сотрудника в обучении.

***Критерий 1.5*** «В медицинской организации внедрен процесс выявления, анализа и принятия мер по фактам нарушения этических норм».

***Комментарии:***

В медицинской организации имеется письменная процедура по выявлению, регистрации, анализу (рассмотрению) и принятию мер по фактам нарушения этических норм. В процессе выявления задействован весь персонал, пациенты, посетители.

В медицинской организации создается этическая комиссия для анализа (рассмотрения) фактов нарушения этических норм или рассмотрение данных фактов входит в полномочия другой комиссии, по рекомендациям которой руководитель медицинской организации принимает управленческое решение.

***Доказательная база:***

1. Правила по выявлению, регистрации, анализу (рассмотрению) и принятию мер по фактам нарушения этических норм;
2. приказ руководителя о создании этической комиссии;
3. положение об этической комиссии;
4. информационные стенды;
5. протоколы заседаний комиссии.

## Стандарт 2.0 «УПРАВЛЕНИЕ»

**В медицинской организации осуществляется эффективное управление в соответствии с ее правовым статусом и ответственностью.**

**Нормативная правовая основа:**

 Трудовой кодекс Республики Казахстан от 15 мая 2007 года № 251-III; Закон Республики Казахстан от 24 марта 1998 года № 213-I «О нормативных правовых актах»»; Закон Республики Казахстан от 27 ноября 2000 года № 107-II «Об административных процедурах»; Приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 21 мая 2012 года № 201-п-м «Об утверждении Квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и других служащих» и др.

***Критерий 2.1*** «Обязанности руководства организации включают следующее:

1. определение и рассмотрение этических норм;
2. согласование и утверждение стратегического, оперативного планов организации, а также плана обеспечения качества медицинских услуг;
3. утверждение бюджета и обеспечение организации соответствующими ресурсами для выполнения поставленных целей и задач;
4. мониторинг и оценка достижения результатов стратегических и оперативных планов и качества медицинских услуг;
5. назначение или утверждение руководителей структурных подразделений и оценка эффективности их деятельности».

***Комментарии:***

Перечисленные выше обязанности руководящего звена организации (руководитель организации, его заместители, главный бухгалтер) должны быть включены в их должностные инструкции в соответствии с их полномочиями.

***Доказательная база:***

1. Должностные инструкции руководителя и его заместителей, главного бухгалтера;
2. утвержденные руководителем документы, перечисленные в критерии стандарта;
3. протоколы производственных совещаний по мониторингу достижений результатов стратегического и оперативного планов;
4. результаты оценки эффективности деятельности структурных подразделений;
5. документы по принятым управленческим решениям.

***Критерий 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».

***Комментарии:***

Деятельность медицинской организации осуществляется в рамках действующего законодательства Республики Казахстан, имеются все необходимые правоустанавливающие документы.

При уплате налогов, других обязательных платежей в бюджет, социальных отчислений, перечислении обязательных пенсионных взносов уполномоченным представителем налогоплательщика в случаях, установленных Кодексом Республики Казахстан
«О налогах и других обязательных платежах в бюджет
(Налоговый кодекс)» (с [изменениями и дополнениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1000969440" \o "изменениями и дополнениями" \t "_parent) по состоянию на 06.03.2013 г.), в платежных документах отправителем денег указываются фамилия, имя, отчество (при его наличии) или наименование налогоплательщика и его идентификационный номер.

С 1 января 2013 года в Республике Казахстан РНН не применяется (основание - совместное постановление Правления Национального Банка Республики Казахстан от 28 апреля 2012 года № 157 и приказ Министра финансов Республики Казахстан от 31 мая 2012 года № 272
«О проведении подготовительных мероприятий, а также организации работы банков, организаций, осуществляющих отдельные виды банковских операций, и оператора платежных систем по переходу с 1 января 2013 года на использование идентификационных номеров»).

***Доказательная база.***

1. оригинал свидетельства о государственной (учетной) регистрации (перерегистрации) в органах юстиции;
2. устав, утвержденный/согласованный вышестоящим руководством;
3. лицензия на осуществление медицинской деятельности с приложениями.

***Критерий 2.3 «***Руководство организации обеспечивает осуществление деятельности путем:

1. получения, рассмотрения и реагирования на предписания государственных органов;
2. своевременной актуализации пакета действующих нормативных правовых актов;
3. принятия активных действий по доведению их до заинтересованных лиц;
4. обеспечения доступности базы нормативных правовых актов для персонала медицинского учреждения».

***Комментарии:***

Все предписания государственных органов регистрируются, рассматриваются в соответствии с правилами документирования и управления документацией, принятыми в медицинской организации. Имеется документированная процедура по реагированию на предписания государственных органов.

Медицинская организация осуществляет свою деятельность по действующим нормативным правовым актам (НПА), которые имеются в наличии. Назначается ответственное лицо за своевременную актуализацию пакета НПА, все обновления доводятся до сведения заинтересованного персонала.

Разработан документ «Стандартная операционная процедура (СОП) по актуализации НПА и доведения новых НПА до сведения заинтересованных лиц». У персонала имеется доступ для ознакомления и изучения нормативных правовых актов.

***Доказательная база:***

1. База НПА в электронной или бумажной версии, доступная персоналу;
2. утвержденные правила документирования и управления документацией;
3. приказ о назначении ответственного лица за актуализацию пакета НПА.

***Критерий 2.4 «***Медицинская организация информирует общественность:

1. об оказываемых услугах и условиях их получения;
2. о деятельности и принимаемых решениях, которые могут повлиять на предоставляемые услуги;
3. о качестве оказываемых услуг и достигнутых результатах».

***Комментарии.***

Информирование общественности осуществляется на основании Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с [изменениями и дополнениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1001176508) по состоянию на 15.04.2013 г.), Постановления Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2011 года № 1464  «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи», Постановления Правительства Республики Казахстан от 1 ноября 2011 года № 1263 «Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи и Правил прикрепления граждан к организациям первичной медико-санитарной помощи» (с [изменениями и дополнениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1002356074" \o "изменениями и дополнениями" \t "_parent) от 30.04.2013 г.).

Информация может быть представлена населению через средства массовой информации, информационные стенды и др.

***Доказательная база.***

1. Брошюры, буклеты и другие печатные материалы с информацией о медицинской организации в местах нахождения пациентов и посетителей;
2. сайт медицинской организации, информационные стенды, СМИ.

## Стандарт 3.0 «СТРАТЕГИЧЕСКОЕ И ОПЕРАТИВНОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ»

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

***Критерий 3.1 «***В стратегическом плане развития, разработанном руководством совместно с персоналом, излагаются долгосрочные цели, задачи, стратегии для осуществления целей медицинской организации».

***Комментарии:***

Планирование является неотъемлемой частью процесса управления и обеспечивает единое направление усилий всех членов организации к достижению ее общих целей.

Стратегическое планирование – набор действий и решений, предпринятых руководством, по разработке конкретных стратегий, предназначенных для того, чтобы помочь организации достичь свои цели.

В медицинской организации разработан стратегический план, включающий долгосрочные цели, задачи и индикаторы мониторинга. В разработке стратегического плана принимает участие персонал организации.

***Доказательная база.***

1. Стратегический план медицинской организации;
2. протокол обсуждения стратегического плана.

***Критерий 3.2 «***Стратегический план основан на:

1. целях и этических нормах организации;
2. потребностях обслуживаемого населения;
3. анализа полученных отзывов от пациентов/ семей и общественности;
4. количественных и качественных показателях оказания медицинских услуг;
5. правительственных стратегиях и приоритетах в здравоохранении;
6. ожидаемых результатах по достижению целей и задач организации (индикаторах оценки)».

***Комментарии:***

При разработке стратегического плана учитываются перечисленные требования критерия. Для мониторинга выполнения задач стратегического плана определяются индикаторы оценки. Рабочие материалы для разработки плана собираются в отдельную папку.

***Доказательная база.***

1. Стратегический план медицинской организации;
2. документы, содержащие необходимую для разработки плана информацию.

***Критерий 3.3 «***Комплексный годовой план разработан и согласован со всеми структурными подразделениями медицинской организации:

1. в соответствии со стратегическим планом;
2. с рассмотрением непосредственных приоритетов;
3. содержит задачи и план мероприятий по всем услугам;
4. определяет укомплектование штата, финансовые и материальные ресурсы для обеспечения выполнения запланированных действий».

***Комментарии.***

Комплексный годовой план разработан с участием персонала, в соответствии со стратегическим планом организации, охватывает все направления деятельности медицинской организации. В плане указываются: наименование конкретных мероприятий, сроки их выполнения, ответственные лица, необходимые ресурсы, форма завершения.

***Доказательная база.***

1. Комплексный годовой план медицинской организации;
2. протокол обсуждения комплексного плана.

***Критерий 3.4 «***Медицинской организацией и ее структурными подразделениями регулярно рассматривается достигнутый прогресс в реализации годового плана в сравнении с целями и планом мероприятий:

1. уровень достижения целей и ожидаемых результатов;
2. выполнение запланированных действий;
3. адекватность ресурсной поддержки;
4. соблюдение запланированных сроков;
5. нереализованные задачи и проблемы;
6. дальнейшие планируемые шаги».

***Комментарии.***

Регулярно проводится мониторинг реализации мероприятий годового плана. Кратность проведения оценки реализации (мониторинг) и ответственные лица из числа сотрудников структурных подразделений должны быть отражены в самом плане. Достигнутый прогресс в реализации годового плана оценивается в сравнении с целями стратегического плана. По мероприятиям, нереализованным в срок, проводится анализ причин невыполнения, вносятся соответствующие коррективы, принимаются управленческие решения.

***Доказательная база.***

1. Годовой план организации;
2. Итоги мониторинга плана, представленные структурными подразделениями в службу внутреннего аудита организации.

***Критерий 3.5 «***Служба внутреннего аудита проводит анализ достигнутых результатов в сравнении с годовым планом, информация предоставляется руководителю медицинской организации и руководителям структурных подразделений для планирования дальнейших действий».

***Комментарии.***

В медицинской организации проводится план-фактный анализ итогов реализации годового плана за определенный период, оценена эффективность использования кадровых и материально-технических ресурсов. По невыполненным мероприятиям проводится анализ, информация о проблемах представляется руководителю для принятия управленческих решений.

***Доказательная база.***

1. Информация по результатам мониторинга годового плана;
2. документы, в которых отражены нереализованные задачи и проблемы и принятые управленческие решения.

***Критерий 3.6 «***Решения относительно планируемых улучшений, внесенных в годовой план, сообщаются и обсуждаются с персоналом и передаются при необходимости соответствующим внешним службам».

***Комментарии.***

Внесение изменений (коррекция) в годовой план осуществляется с участием персонала. Мероприятия, касающиеся взаимодействия с внешними службами, доводятся до их сведения.

***Доказательная база.***

1. Протоколы совещаний по внесению изменений в годовой план;
2. уведомление внешних служб об изменениях (при необходимости).

## Стандарт 4.0 «ОБЩЕЕ УПРАВЛЕНИЕ»

**Медицинская организация имеет структуру управления и подотчетности. Управление осуществляется квалифицированными менеджерами.**

**Нормативная правовая база:**

1. Постановление Правительства Республики Казахстан от 22 декабря 2011 года № 1577 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг»;
2. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 28 декабря 2007 года № 765 «Об утверждении квалификационных характеристик медицинских и фармацевтических специальностей»;
3. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 791 «Об утверждении Квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения»;

***Критерий 4.1 «***Руководитель медицинской организации является ответственным и отчитывается за следующее:

1. все оперативные вопросы, включая управление рисками и повышение качества, инфекционный контроль, охрану здоровья/труда и безопасность;
2. клиническую, управленческую и финансовую деятельность перед руководящим органом и вышестоящими государственными органами;
3. реагирование на любые сообщения, полученные от контрольных и регулирующих органов».

***Комментарии.***

Руководитель решает оперативные вопросы, возникающие в процессе деятельности медицинской организации, утверждает план управления рисками, план повышения качества, программу инфекционного контроля, стратегии и процедуры по обеспечению охраны труда и безопасности на рабочем месте. Ежегодно в вышестоящий государственный орган управления представляется отчет о деятельности медицинской организации. Реагирование на сообщения от контрольных и регулирующих органов осуществляется в соответствии с установленными требованиями.

***Доказательная база.***

1. План управления рисками, план повышения качества, программа инфекционного контроля, стратегии и процедуры по обеспечению охраны труда и безопасности на рабочем месте;
2. годовой отчет медицинской организации;
3. правила документирования и управления документацией, принятые в медицинской организации (контроль исполнения документов);
4. переписка с государственными органами;
5. журналы входящей и исходящей корреспонденции.

***Критерий 4.2 «***Руководитель медицинской организации имеет образование, квалификацию, стаж и опыт работы».

***Комментарии.***

Требования к квалификации руководителя медицинской организации определены квалификационными характеристиками должностей работников здравоохранения, утвержденными Приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 791 «Об утверждении Квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения».

***Доказательная база.***

1. Личное дело руководителя медицинской организации.

***Критерий 4.3 «***В должностной инструкции руководителя медицинской организации ясно определена его роль, права и обязанности».

***Комментарии.***

В должностной инструкции отражаются подотчетность, обязанности, права, ответственность руководителя медицинской организации.

***Доказательная база.***

1. Должностная инструкция руководителя.

***Критерий 4.4 «***Эффективность работы руководителя организации определяется достижениями в деятельности медицинской организации, отчет по исполнению запланированных мероприятий предоставляется в вышестоящую организацию».

***Комментарии.***

Медицинской организацией в вышестоящий орган представляется отчет по выполнению мероприятий годового плана.

***Доказательная база.***

1. Отчет по выполненным мероприятиям, содержащий результаты достижения по индикаторам;
2. итоги рейтинга медицинской организации.

***Критерий 4.5 «***Функции и полномочия каждого структурного подразделения ясно определены с участием каждого сотрудника и доведены до сведения сотрудников».

***Комментарии.***

Положение о структурном подразделении медицинской организации регламентирует деятельность структурного подразделения, включает цели, задачи, функции, организационную структуру, права и обязанности, ответственность структурного подразделения. Разработка положения осуществляется с участием сотрудников. После утверждения руководителем организации положение о структурном подразделении доводится до сведения сотрудников.

***Доказательная база.***

1. Положение о структурном подразделении;
2. протоколы производственных совещаний по обсуждению проектов положения о структурном подразделении;
3. документированная процедура приема сотрудника на работу (ознакомление с положением).

***Критерий 4.6 «***Каждое подразделение медицинской организации возглавляется руководителем, имеющим образование, квалификацию, стаж и опыт работы».

***Комментарии.***

Требования к квалификации руководителей структурных подразделений медицинской организации определяются в соответствии с квалификационными характеристиками должностей работников здравоохранения, утвержденными Приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 791 «Об утверждении Квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения».

***Доказательная база.***

1. Личные дела руководителей структурных подразделений.

***Критерий 4.7 «***Лица, ответственные за клиническую деятельность медицинской организации, обеспечивают:

1. планирование и оценку клинической практики;
2. предоставление консультаций по клиническим вопросам руководителю организации и заведующим подразделениями;
3. мониторинг стандартов клинического лечения;
4. контроль и оказание содействия персоналу».

***Комментарии.***

Заместитель руководителя медицинской организации выполняет работу по планированию лечебно-диагностической деятельности организации, осуществляет систематический контроль за качеством оказанных медицинских услуг.

***Доказательная база.***

1. Должностная инструкция заместителя руководителя медицинской организации;
2. план повышения качества, в соответствии с которым в каждом структурном подразделении разработан план работы;
3. результаты проведенных внутренних экспертиз;
4. протоколы обсуждения на совещаниях, врачебных конференциях;
5. документы по принятым управленческим решениям.

***Критерий 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».

***Комментарии.***

Организационная структура – документ, устанавливающий количественный и качественный состав подразделений медицинской организации и схематически отражающий порядок их взаимодействия и соподчиненности. Структура организации устанавливается исходя из содержания задач, решаемых организацией, предоставляемого объёма и вида услуг.

***Доказательная база.***

1. Организационная структура медицинской организации;
2. устав медицинской организации;
3. штатное расписание.

***Критерий 4.9*** Структура организации регулярно рассматривается и четко доводится до сведения всего персонала организации и других соответствующих лиц.

***Комментарии.***

Структура организации может пересматриваться при реорганизации медицинской организации, изменении количества решаемых задач, изменении финансирования, а также при неэффективной прежней структуре организации. Изменения в организационной структуре доводятся до сведения персонала и заинтересованных лиц.

***Доказательная база.***

1. Протоколы производственных совещаний;
2. правила пересмотра организационной структуры;
3. осведомленность персонала об организационной структуре медицинской организации.

***Критерий 4.10*** Медицинская организация согласовывает свою деятельность и услуги, предоставляя планы и стратегии государственным органам управления или другим медицинским организациям в целях обеспечения преемственности.

***Комментарии.***

Медицинская организация согласовывает свои планы и стратегии с государственными органами управления, а также определяет ключевые внешние службы (по вопросам предупреждения ЧС, санитарно-эпидемиологического благополучия и др.), с которыми она также согласовывает свои действия и услуги, что обеспечивает возможность внесения корректировок. Взаимодействие между медицинскими организациями осуществляется в соответствии с приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 785 «Об утверждении Правил взаимодействия организаций здравоохранения».

***Доказательная база.***

1. Схема взаимодействия медицинской организации с государственными органами управления и внешними службами;
2. планы, согласованные с государственными органами управления и внешними службами.

## Стандарт 5.0 «УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ И ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА»

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

**Нормативная правовая база:**

Постановление Правительства Республики Казахстан от 22 декабря 2011 года № 1577 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг»;

***Критерий 5.1 «***План управления рисками для медицинской организации:

1. основан на информации, полученной из стратегического плана;
* результатов анализа клинических показателей;
* результатов анализа отзывов пациентов и неблагоприятных событий;
* службы инфекционного контроля;
* результатов анализа укомплектования персоналом и обеспечения ресурсами;
* результатов анализа состояния окружающей обстановки;
1. определяет, оценивает и располагает по приоритетам все риски с точки зрения их вероятности и последствий нанесенного вреда здоровью и материального ущерба;
2. включает стратегии управления такими рисками;
3. имеется в наличии и распространяется среди персонала для ознакомления».

Примечание: План управления рисками может включать такие элементы, как политика, критерии для оценки рисков, обязанности и функции по управлению рисками, необходимую подготовку кадров, список идентифицированных рисков (стратегических, эксплуатационных, финансовых и рисков опасности) - реестр рисков или подобный документ с анализом рисков и их уровня, выводы касательно планов работы с рисками или мер по контролю основных рисков, включая процессы по передаче информации заинтересованным сторонам.

***Комментарии.***

План управления рисками является составной частью программы управления рисками.

При разработке плана управления рисками используется информация, полученная из стратегического плана, результаты анализа клинических показателей, результаты анализа отзывов пациентов и неблагоприятных событий, информация от службы инфекционного контроля, результаты анализа укомплектования персоналом и обеспечения ресурсами, результаты анализа состояния окружающей обстановки. Все выявленные риски оцениваются, ранжируются по вероятности их возникновения и последствиям нанесенного вреда здоровью и материального ущерба. В плане указываются методы воздействия на тот или иной риск, определяются требуемые финансовые и трудовые ресурсы. План управления рисками доводится до сведения персонала.

***Доказательная база.***

1. Программа управления рисками;
2. правила управления рисками, план управления рисками;
3. рабочие материалы, содержащие необходимую для разработки плана информацию.

***Критерий 5.2*** Медицинская 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.

***Комментарии.***

Программа обучения персонала включает вопросы по выявлению, оценке, сообщению о потенциальных рисках и др.

***Доказательная база.***

1. Программа обучения;
2. учебно-методические материалы;
3. журналы учета посещений занятий;
4. осведомленность персонала правилам снижения рисков.

***Критерий 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».

***Комментарии.***

В медицинской организации осуществляется мониторинг выполнения мероприятий плана управления рисками, по результатам которого вносятся корректировки. Риски сезонного характера пересматриваются в течение года.

***Доказательная база.***

1. протоколы пересмотра плана управления рисками;
2. документ о возложении ответственности за мониторирование плана.

***Критерий 5.4*** В медицинской организации имеется непрерывная система повышения качества медицинских услуг, включающая:

1. участие всех подразделений медицинской организации;
2. определение приоритетов медицинской организации по контролю качества предоставляемых услуг и их обновление с учетом нужд и потребностей пациентов, процессов, которые представляют высокий риск, большой объем, являются дорогостоящими или проблемными;
3. сбор, анализ и оценку данных мониторинга и аудита;
4. информирование руководства и сотрудников.

***Комментарии.***

Система повышения качества в медицинской организации функционирует в соответствии с Постановлением Правительства РК от 22 декабря 2011 года № 1577 «Об утверждении правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг»

***Доказательная база.***

1. Приказ о создании службы внутреннего аудита;
2. программа повышения качества;
3. планы по повышению качества на год;
4. протоколы собраний подразделений по анализу качественных показателей раз в квартал;
5. индикаторы оценки качества деятельности подразделений, анализ службы качества за прошедший год.

***Критерий 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.

***Комментарии.***

Ежегодный план повышения качества медицинской организации составляется на основании планов повышения качества структурных подразделений.

***Доказательная база.***

1. утвержденный план повышения качества.

***Критерий 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 медицинскими услугами.

***Комментарии.***

В медицинской организации определяются количественные показатели эффективности лечения по приоритетным заболеваниям и ключевым процессам, которые отслеживаются в динамике, анализируются, а результаты используются для принятия управленческих решений (Постановление Правительства РК от 22 декабря 2011 года № 1577 «Об утверждении правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг», Методические рекомендации по организации работы Службы внутреннего контроля (аудита)). Регулярно проводятся опросы пациентов с целью изучения удовлетворенности качеством оказанных услуг. Анкетирование проводится в соответствии с Приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 22 июля 2011 года № 468 «Об утверждении Методических рекомендаций по проведению анкетирования граждан в целях определения степени удовлетворенности уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи».

***Доказательная база.***

1. результаты мониторинга в соответствии с требованиями критерия стандарта.

***Критерий 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 медицинских услуг.

***Комментарии.***

Руководителями структурных подразделений регулярно проводится мониторинг индикаторов оценки качества деятельности структурного подразделения, контролируется выполнение персоналом утвержденных стандартов, политик, процедур, клинических протоколов и правил, рассматриваются факты обращений и предложений со стороны пациентов и их семей, реализуются мероприятия плана по повышению качества.

***Доказательная база.***

1. должностная инструкция руководителя структурного подразделения;
2. индикаторы оценки качества деятельности структурных подразделений;
3. акты внутренних аудитов.

***Критерий 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.

***Комментарии.***

В соответствии с Постановлением Правительства РК от 22 декабря 2011 года № 1577 «Об утверждении правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг» отчеты по выполнению плана повышения качества предоставляются структурными подразделениями в службу внутреннего аудита. Результаты анализа полученной информации представляются руководству.

***Доказательная база.***

1. отчеты службы внутреннего аудита по мониторингу выполнения плана повышения качества.

***Критерий 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.

***Комментарии.***

В медицинской организации по результатам мониторинга мероприятий обеспечения качества проводятся производственные совещания и конференции, на которых обсуждаются дальнейшие действия структурных подразделений в области повышения качества.

***Доказательная база.***

1. Протоколы производственных совещаний;
2. документы по принятым управленческим решениям.

***Критерий 5.10*** Проводится аудит медицинской организации с целью оценки качества предоставляемых медицинских 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.

***Комментарии.***

В медицинской организации ответственным лицом/группой экспертов регулярно проводятся клинические аудиты в соответствии с Постановлением Правительства Республики Казахстан от 22 декабря 2011 года № 1577 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг».

***Доказательная база.***

1. График проведения клинических аудитов;
2. документ о возложении ответственности за проведение клинического аудита;
3. акты результатов клинических аудитов.

***Критерий 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.

***Комментарии.***

Результаты клинического аудита обсуждаются на заседаниях внутрибольничных комиссий, на собраниях или конференциях (Постановление Правительства Республики Казахстан от 22 декабря 2011 года № 1577 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг»), используются в программах обучения персонала, инструктажах, учитываются при формировании отчета по выполнению программы повышения качества.

***Доказательная база.***

1. Приказы о создании внутрибольничных комиссий;
2. протоколы совещаний внутрибольничных комиссий;
3. документы по принятым управленческим решениям.

***Критерий 5.12*** Мероприятия по повышению качества запланированы, предприняты соответствующие меры и действия, оценена эффективность действий. Персонал, клиенты/ пациенты информированы о результатах оценки.

***Комментарии.***

В ходе реализации плана оценивается эффективность предпринятых действий по выполнению мероприятий.

***Доказательная база.***

1. План повышения качества;
2. протоколы производственных совещаний по оценке выполнения плана повышения, по дополнениям плана;
3. документы по принятым управленческим решениям;
4. информация о мероприятиях, направленных на повышение качества и их эффективности, доступна персоналу, клиентам/ пациентам (информационные стенды, сайт, СМИ).

***Критерий 5.13*** Персонал следует документированным политикам и процедурам при выполнении своих должностных обязанностей в каждом структурном подразделении.

***Комментарии.***

Политика – это определение направления действий для достижения целей организации. Для реализации политики разрабатываются правила, процедуры, алгоритмы, инструкции. Правила и процедуры описывают то, как должна функционировать медицинская организация.

При выполнении должностных обязанностей персонал придерживается политик и процедур, утвержденных руководством организации.

***Доказательная база.***

1. Политики и процедуры структурного подразделения;
2. осведомленность персонала.

***Критерий 5.14*** Политики и процедуры, утвержденные руководством:

1. ежегодно обновляются;
2. разрабатываются с участием персонала;
3. доступны персоналу на рабочих местах.

***Комментарии.***

Персонал участвует в разработке политик и процедур, которыми руководствуется персонал. Политики и процедуры пересматриваются и обновляются по мере необходимости и доступны персоналу на рабочих местах.

***Доказательная база.***

1. Правила разработки, пересмотра политик и процедур;
2. документ о возложении ответственности за разработку политик и процедур;
3. лист регистрации изменений политик и процедур, где указаны даты обновлений, список разработчиков;
4. политики и процедуры, доступные персоналу на рабочих местах.

# РАЗДЕЛ «B» : « УПРАВЛЕНИЕ РЕСУРСАМИ»

## Стандарт 6.0 «УПРАВЛЕНИЕ ФИНАНСАМИ»

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

**Нормативная правовая база:**

1. Кодекс Республики Казахстан от 10 декабря 2008 года № 99-IV «О налогах и других обязательных платежах в бюджет» (Налоговый кодекс);
2. Трудовой кодекс Республики Казахстан от 15 мая 2007 года № 251-III;
3. Закон Республики Казахстан от 28 февраля 2007 года № 234-III «О бухгалтерском учете и финансовой отчетности»;
4. Закон Республики Казахстан от 21 июля 2007 года № 303-III «О государственных закупках»;
5. Закон Республики Казахстан от 20 ноября 1998 года № 304-I «Об аудиторской деятельности»;
6. Закон Республики Казахстан от 1 марта 2011 года № 413-IV «О государственном имуществе»;
7. Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 декабря 2009 года № 2299 «Об утверждении Правил и условий оказания платных услуг в организациях здравоохранения»;
8. Постановление Правительства Республики Казахстан от 20 июня 2011 года № 673 «Об утверждении Правил разработки, утверждения планов развития контролируемых государством акционерных обществ и товариществ с ограниченной ответственностью, государственных предприятий, а также мониторинга и оценки их реализации»;
9. Постановление Правительства Республики Казахстана от 14 октября 2011 года № 1172 «Об утверждении Правил ведения бухгалтерского учета»;
10. Постановление Правительства Республики Казахстан от 27 декабря 2007 года № 1301 «Об утверждении Правил осуществления государственных закупок»;
11. Приказ Министра финансов Республики Казахстан от 20 декабря 2012 года № 562 «Об утверждении форм первичных учетных документов»;
12. Совместный приказ Министра экономического развития и торговли Республики Казахстан от 28 февраля 2012 года № 52 и Министра финансов Республики Казахстан от 7 марта 2012 года № 140 «Об утверждении структуры, форм, перечня показателей планов развития контролируемых государством акционерных обществ, товариществ с ограниченной ответственностью и государственных предприятий, а также о признании утратившими силу некоторых приказов Министра финансов Республики Казахстан»;
13. Приказ и.о. Министра финансов Республики Казахстан от 29 декабря 2012 года № 584 «Об утверждении Правил составления и представления бюджетной заявки»;
14. Приказ Министра финансов Республики Казахстан от 27 февраля 2009 года № 89 «Об утверждении Правил составления и представления бюджетной отчетности государственными учреждениями и администраторами бюджетных программ»
15. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 13 апреля 2012 года № 245 «О внесении изменений и дополнений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 689 «О некоторых вопросах отраслевой системы поощрения»;
16. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 689 «О некоторых вопросах отраслевой системы поощрения и об утверждении Правила оплаты труда медицинских работников в зависимости от объема, качества оказываемой медицинской помощи и отраслевой системы поощрения»;
17. Приказ Министра финансов Республики Казахстан от 20 августа 2010 года № 422 «Об утверждении перечня и форм годовой финансовой отчетности для публикации организациями публичного интереса (кроме финансовых организаций)»;
18. Международные стандарты финансового учета.

***Критерий 6.1*** Руководство ежегодно утверждает план финансово-хозяйственной деятельности:

1. подготовленный финансово-экономическим блоком медицинской организации;
2. с участием персонала медицинской организации;
3. основанный на предполагаемых доходах и сметах расходов;
4. на основе задач и планируемых мероприятий годового плана.

***Комментарии.***

План развития организации содержит цели, задачи, показатели результатов и основные показатели финансово-хозяйственной деятельности, включая инвестиции, доходы, расходы, займы, дивиденды (часть чистого дохода, подлежащая перечислению в бюджет), показатели финансовой устойчивости и другие сведения, предусматриваемые в соответствии со структурой разделов плана развития, формами, перечнем показателей и методическими рекомендациями по заполнению форм.

План развития формируется на основании:

* стратегического плана;
* ранее поданных бюджетных заявок МО на финансирование из республиканского и местного бюджетов;
* заявок структурных подразделений по расходам на плановый период с соответствующими обоснованиями;

***Доказательная база.***

1. стратегический план;
2. утвержденный план развития;
3. протоколы обсуждений;
4. заявки МО на финансирование;
5. заявки структурных подразделений с обоснованиями.

***Критерий 6.2*** Порядок и процедуры финансовой деятельности медицинской организации документируются и включают следующее:

1. оперативность выставления счетов и оплаты счетов;
2. бухгалтерский учет;
3. полномочия по закупке и расходованию средств, процедура передачи полномочий;
4. страхование;
5. управление активами.

***Комментарии.***

Бухгалтерский учет ведется в соответствии с Учетной политикой медицинской организации, утвержденной установленным образом.

Управление активами заключается в: распределение чистой прибыли, инвестиционные мероприятия (приобретение основных средств и нематериальных активов, капитальный ремонт) и др.

***Доказательная база.***

1. Утвержденная учетная политика МО;
2. план государственных закупок, сформированный после утверждения плана развития;
3. реестр заключенных договоров;
4. договор о страховании (ответственность работодателя).

***Критерий 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.

***Комментарии.***

В медицинской организации осуществляется рациональное распределение и управление финансами.

При отсутствии своевременной и точной информации по финансовой отчетности руководители МО не смогут эффективно управлять финансами и планировать бюджет.

***Доказательная база.***

1. Формы годовой финансовой отчетности;
2. ежегодные отчеты по установленным формам (отчет исполнения плана развития по форме №141);
3. акты финансовых внутренних аудитов.

***Критерий 6.4*** Прибыли, убытки и расходы на услуги регулярно отслеживаются в сравнении с бюджетом и предоставляются руководству медицинской организации в виде ежемесячных финансовых отчетов.

***Комментарии.***

Процесс распределения финансовых ресурсов медицинской организации должен быть достаточно гибким, чтобы реагировать на изменяющиеся потребности и приоритеты. Он может включать план действий для своевременного реагирования на изменения.

Отчет о результатах финансовой деятельности содержит анализ использования ресурсов и анализ возможностей по повышению эффективности использования ресурсов.

***Доказательная база.***

1. Ежеквартальные налоговые отчеты;
2. бухгалтерский баланс с расшифровкой по дебиторской и кредиторской задолженности;
3. утвержденная учетная политика МО.

***Критерий 6.5*** Существует система внутреннего финансового контроля и аудита.

***Комментарии.***

Система внутреннего аудита медицинской организации представляет собой совокупность организационных мер, методик, действий, применяемых руководством и работниками для успешного и эффективного ведения деятельности организации.

Внутренний аудит помогает организации достичь поставленных целей, используя систематизированный и последовательный подход к оценке и повышению эффективности процессов управления рисками, контроля и корпоративного управления.

Основные функции внутреннего аудита:

а) оценка адекватности систем контроля – осуществление проверок звеньев управления (контроля), предоставление обоснованных предложений по устранению выявленных недостатков и рекомендаций по повышению эффективности управления;

б) оценка эффективности деятельности – осуществление экспертных оценок различных сторон функционирования организации и предоставление обоснованных предложений по их совершенствованию. Деятельность внутренних аудиторов для органов управления организацией имеетинформационное и консультационное значение.

***Доказательная база.***

1. Внутренний приказ МО о создании внутреннего финансового аудита;
2. положение о внутреннем финансовом аудите;
3. акты финансовых аудитов;
4. мероприятия, проведенные по итогам финансового аудита;
5. документы по принятию управленческих решений.

***Критерий 6.6*** Внешний финансовый аудит проводится в соответствии с НПА.

***Комментарии.***

Внешний аудит – [аудит](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%83%D0%B4%D0%B8%D1%82), проводимый независимой [аудиторской организацией](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%83%D0%B4%D0%B8%D1%82%D0%BE%D1%80%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D0%BF%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F) ([аудитором](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%83%D0%B4%D0%B8%D1%82%D0%BE%D1%80)), главным образом, с целью объективной оценки достоверности [бухгалтерского учета](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D1%83%D1%85%D0%B3%D0%B0%D0%BB%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%83%D1%87%D0%B5%D1%82) и [отчетности](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D1%83%D1%85%D0%B3%D0%B0%D0%BB%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%BE%D1%82%D1%87%D0%B5%D1%82%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C), а также оказания консультационных услуг администрации.

 Аудит осуществляется в соответствии с Законом Республики Казахстан от 20 ноября 1998 года № 304 «Об аудиторской деятельности» и [международными стандартами аудита](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1000808881" \t "_parent), не противоречащими законодательству Республики Казахстан, опубликованными на государственном и русском языках, организацией, имеющей письменное разрешение на их официальную публикацию в Республике Казахстан от Комитета по международной аудиторской практике при Международной федерации бухгалтеров.

***Доказательная база.***

1. Акты внешних финансовых аудитов;
2. мероприятия, проведенные по итогам финансового аудита.

***Критерий 6.7*** Медицинские услуги, осуществляемые на платной основе:

1. имеется прейскурант цен;
2. цены рассчитаны на основе затрат;
3. оплата платных услуг проводится в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

***Комментарии.***

Медицинские услуги населению на платной основе предоставляются в соответствии с Постановлением Правительства РК № 2299 от 30 ноября 2009 года «Об утверждении Правил и условий оказания платных услуг в организациях здравоохранения».

***Доказательная база.***

1. Утвержденное положение (правила) о платных услугах;
2. утвержденный прейскурант цен и калькуляция услуг;
3. акты сверок кассового аппарата;
4. график оказания платных услуг.

***Критерий 6.8*** Список утвержденных платных услуг и их цен доступен населению.

***Комментарии.***

МО в доступной форме информирует общественность о перечне и прейскуранте платных услуг, посредством размещения информации на стендах, web-сайте, в буклетах, брошюрах и др.

***Доказательная база.***

Наличие доступной информации о стоимости платных услуг.

***Критерий 6.9*** Медицинская организация проводит аудит платных услуг для подтверждения, что:

1. цены соответственные, а расходы и платежи осуществляются надлежащим образом, согласно документально оформленным процессам;
2. средства используются по целевому назначению.

***Комментарии.***

Средства от платных услуг используются в соответствии с внутренними положениями и правилами организации, утвержденными руководителем.

В соответствии с Учетной политикой МО по доходам и расходам от платных услуг ведется раздельный бухгалтерский учет.

***Доказательная база.***

1. Кассовая книга;
2. журнал (книга) доходов по платным услугам;
3. журнал (книга) расходов по платным услугам;
4. акты проведения финансовых аудитов;
5. положение (правила) об использовании средств от оказания платных услуг.

***Критерий 6.10*** Оплата труда сотрудникам, перечисления в пенсионный фонд и другие обязательные отчисления:

1. осуществляются своевременно;
2. основаны на утвержденной структуре заработных плат и вознаграждений сотрудникам медицинской организации.

***Комментарии.***

Оплата труда производится на основании утвержденного штатного расписания и приказов руководителя МО.

Отчисления от оплаты труда работников осуществляются в соответствии с законодательством РК.

***Доказательная база.***

1. Утвержденное штатное расписание;
2. платежные поручения;
3. коллективный договор;
4. положение о премировании сотрудников;
5. опрос персонала.

***Критерий 6.11*** Отчеты своевременно заполняются и направляются в налоговые органы и органы государственной статистики.

***Комментарии.***

МО представляет в органы государственной статистики достоверные первичные статистические данные при проведении статистических наблюдений в соответствии с графиком представления респондентами первичных статистических данных и со статистической методологией.

Налоговая отчетность представляется в налоговые органы в порядке и сроки, которые установлены Кодексом РК «О налогах и других обязательных платежах в бюджет».

***Доказательная база.***

1. формы статистической отчетности с отметкой о принятии;
2. уведомления о сдаче налоговой отчетности;
3. учетная политика.

## Стандарт 7.0 «ИНФОРМАЦИОННОЕ УПРАВЛЕНИЕ»

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

**Нормативная правовая база:**

1. Закон Республики Казахстан от 11 января 2007 года № 217-III «Об информатизации»;
2. Постановление Правительства Республики Казахстан от 21 декабря 2011 года № 1570 «Об утверждении Типовых правил документирования и управления документацией в государственных и негосударственных организациях»;
3. Постановление Правительства Республики Казахстан от 26 декабря 2011 года № 1604 «Об утверждении Правил комплектования, хранения, учета и использования документов Национального архивного фонда, других архивных документов государственными и специальными государственными архивами»;
4. Постановление Правительства Республики Казахстан от 26 декабря 2011 года № 1605 «Об утверждении перечня типовых документов, образующихся в деятельности государственных и негосударственных организаций, с указанием сроков хранения»;
5. Постановление Правительства Республики Казахстан от 22 декабря 2011 года № 1583 «Об утверждении Правил приема, хранения, учета и использования документов Национального архивного фонда и других архивных документов ведомственными и частными архивами»;
6. Государственный стандарт Республики Казахстан СТ РК 989-2008 «Организационно-распорядительная документация. Требования к оформлению документов».

***Критерий 7.1*** В медицинской организации имеется единая автоматизированная информационная система по управлению ее деятельностью, включающая:

1. наличие совместимых компьютеров и пакетов прикладных программ, отвечающих нуждам каждого отдела;
2. лицензионное программное обеспечение;
3. управление текущими расходами;
4. процедуры необходимых обновлений программного обеспечения;
5. текущее техническое обслуживание;
6. обучение персонала.

***Комментарии.***

Оперативное управление деятельностью организации и подразделений осуществляется при помощи лицензионных прикладных информационных программ. При выборе пакетов прикладных программ учитывается их надежность, безопасность и удобство для пользователей.

Персонал обучается работе с программами и действиям при возникновении внештатных ситуаций.

***Доказательная база.***

1. Наличие компьютеризированных рабочих мест;
2. наличие локальной вычислительной сети;
3. лицензионное программное обеспечение (статистика, бухгалтерия, антивирус, лечебно-диагностический процесс и др.);
4. правила технического обслуживания компьютерного оборудования;
5. план обучения персонала
6. журнал по технике безопасности (ТБ);
7. журнал по обслуживанию и ремонту орг. техники (регистрация заявок, их исполнение);
8. регламент действий персонала во внештатных ситуациях;
9. должностные инструкции сотрудников, ответственных за техническое обслуживание.

***Критерий 7.2*** Медицинская организация обеспечивает конфиденциальность, безопасность и целостность информации путем:

1. установки уровней защиты для доступа персонала к особо важной информации;
2. обучения персонала о неразглашении частной или личной информации и соблюдения конфиденциальности;
3. ограничения доступа к конфиденциальной информации, в том числе информации о пациенте.

***Комментарии.***

К частной информации относится информация о деятельности МО, к личной информации – сведения о персонале и пациентах, родственниках, посетителях.

Для поддержки конфиденциальности, безопасности и целостности информации используется система уровней защиты, позволяющая иметь доступ к информации только уполномоченным сотрудникам.

Сотрудники МО обучаются принципам управления информацией.

Управление информацией осуществляется в соответствии с правилами о парольной защите, регламентирующими организационно-техническое обеспечение процессов генерации, использования, смены и прекращения действия личных паролей пользователей ПК и администраторов информационных систем, удаления учетных записей.

В должностных инструкциях персонала имеется пункт об обеспечении надлежащего режима секретности и сохранения конфиденциальности информации.

Информация, включая карты пациентов, защищена от утраты, несанкционированного[[1]](#footnote-1)\* доступа и использования.

***Доказательная база.***

1. План обучения персонала;
2. список сотрудников, имеющих доступ к конфиденциальной информации;
3. должностные инструкции;
4. утвержденные правила о парольной защите;
5. инструкция по защите информации.

***Критерий 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.

***Комментарии.***

В целях обеспечения возможности оперативного восстановления информации в случае нарушения работоспособности информационных систем, используются резервное копирование информационных ресурсов.

Резервное копирование файлов осуществляется в соответствии с правилами.

***Доказательная база.***

1. Приказ руководителя МО о назначении ответственного лица;
2. должностные инструкции;
3. правила резервного копирования, хранения резервных файлов и восстановления данных в случае чрезвычайных ситуаций.

***Критерий 7.4*** Персонал клиники имеет доступ к надежным Интернет-ресурсам и телекоммуникационным технологиям для выполнения своих профессиональных обязанностей.

***Комментарии.***

В МО обеспечивается доступ персонала к Интернет-ресурсам и телекоммуникационным технологиям. К телекоммуникационным технологиям относятся телемедицина, видео/аудио-конференцсвязь.

***Доказательная база.***

1. Договор на подключение к сети Интернет;
2. наличие рабочих мест с сетью, имеющей свободный доступ к интернету;
3. график работы специалистов.

***Критерий 7.5*** Персонал может получить информацию о достижениях и передовых технологиях в здравоохранении посредством:

1. предоставления актуальной медицинской информации, руководств по эксплуатации медицинского оборудования, базы по лекарственным препаратам в библиотеке или другом доступном месте;
2. участия в профессиональных конференциях, семинарах и учебных программах.

***Комментарии.***

МО осуществляет информационное обеспечение профессиональной деятельности персонала по основным разделам медицины через подписку на периодические научно-медицинские издания, обеспечения доступа к электронным медицинским базам. Руководство МО поддерживает и обеспечивает возможность обучения, участия сотрудников организации в работе конференций, семинаров.

***Доказательная база.***

1. Наличие помещений с книжным фондом (библиотека, читальный зал и др.), каталога литературы;
2. наличие рабочих мест с сетью, имеющей свободный доступ к интернету;
3. отчеты об участии в конференциях, семинарах и учебных программах;
4. опрос персонала.

***Критерий 7.6*** Медицинская организация использует стандартный процесс управления документацией, соответствующий требованиям законодательства РК и включающий следующее:

1. утвержденную номенклатуру дел с указанием сроков хранения;
2. файлы/папки во всех отделениях сводятся в единую номенклатуру;
3. документы хранятся в папках в соответствии с номенклатурой дел.

***Комментарии.***

Процесс управления документацией осуществляется в соответствии с Постановлением Правительства РК от 21 декабря 2011 года № 1570 «Об утверждении Типовых правил документирования и управления документацией в государственных и негосударственных организациях», Государственным стандартом Республики Казахстан СТ РК 989-2008 «Организационно-распорядительная документация. Требования к оформлению документов».

***Доказательная база.***

1. Наличие утвержденной номенклатуры дел;
2. утвержденные правила документирования и управления документацией;
3. приказ о назначении лиц, ответственных за процесс управления документацией.

***Критерий 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.

***Комментарии.***

Внутренние документы по организации повседневной деятельности МО имеют дату ввода в действие, сроки действия и подписаны должностным лицом. Контроль исполнения документов включает постановку документа на контроль. Регулирование хода исполнения, снятие исполненного документа с контроля, направление исполненного документа в дело, учет, обобщение и анализ хода и результатов исполнения документов, информирование руководства о состоянии исполнения документов.

Контроль исполнения документов возлагается на ответственное лицо.

***Доказательная база.***

1. Правила документирования и управления документацией;
2. внутренние приказы, распоряжения, указания, правила внутреннего распорядка организации здравоохранения и другие документы, регламентирующие повседневную деятельность организации;
3. регистрационно-контрольная карточка;
4. журналы регистрации.

***Критерий 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 должны выноситься из помещения без специального разрешения.

***Комментарии.***

Медицинские записи о пациенте, изложенные в документах медицинской организации, относятся к конфиденциальной информации.

Документы, содержащие медицинские записи о пациентах хранятся в специально отведенных безопасных местах, где они защищены от потери, уничтожения, искажения и неправомочного доступа или использования. Пользоваться данной документацией могут только сотрудники, имеющие доступ к медицинским записям о пациенте.

В правилах защиты медицинской документации определены мероприятия и ответственные лица за защиту документации.

***Доказательная база.***

1. Место и условия хранения документов с записями о пациенте;
2. список персонала, имеющего доступ к документам с записями о пациенте;
3. правила защиты медицинской документации.

***Критерий 7.9*** Медицинская документация архивируется:

1. в соответствии с документированной процедурой по архивированию документов, их передаче в архив и правилами получения документов из архива;
2. под руководством ответственного лица;
3. помещение архива находится в защищенном от доступа посторонних лиц и оборудовано стеллажами (шкафами);
4. выписки из амбулаторных карт предоставляются только определенным лицам по запросу.

***Комментарии.***

Архивирование медицинской документации осуществляется в соответствии с Законом РК «О национальном архивном фонде и архивах», ПП РК №1583 от 22 декабря 2011 года «Об утверждении Правил приема, хранения, учета и использования документов Национального архивного фонда и других архивных документов ведомственными и частными архивами».

В МО имеется документированная процедура сдачи документации в архив и правила получения документов из архива. Документация, сданная в архив организации, систематизирована, защищена от повреждений. Помещение архива в хорошем техническом состоянии и оборудовано стеллажами (шкафами).

Назначено ответственное лицо, ответственное за организацию работы архива и за сохранность документов, находящихся в нем.

***Доказательная база.***

1. Утвержденные правила по архивированию документов;
2. положение об архиве МО;
3. должностные инструкции архивариуса;
4. журнал приема и выдачи документов в/из архива;
5. осмотр помещения архива и оборудования.

## Стандарт 8.0 «УПРАВЛЕНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ»

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

**Нормативная правовая база:**

1. Трудовой кодекс Республики Казахстан от 15 мая 2007 года № 251-III;
2. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения»;
3. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 791 «Об утверждении Квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения»;
4. Приказ и.о. Министра здравоохранения РК от 6 ноября 2009 года № 661 «Об утверждении правил проведения квалификационных экзаменов в области здравоохранения»;
5. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 689 «О некоторых вопросах отраслевой системы поощрения и об утверждении Правила оплаты труда медицинских работников в зависимости от объема, качества оказываемой медицинской помощи и отраслевой системы поощрения»;
6. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2010 года № 238 «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения»;
7. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 18 апреля 2006 года № 181 «Об утверждении классификатора медицинской техники и изделий медицинского назначения и карты учета технико-экономических показателей организаций здравоохранения»;
8. Приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 21 мая 2012 года № 201-п-м «Об утверждении Квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и других служащих»;

***Критерий 8.1*** В медицинской 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.

***Комментарии.***

Определение численного и качественного состава персонала, требуемого для выполнения планируемых объемов услуг и работ, осуществляется на основании разработанных в МО правил.

Ответственными лицами ежегодно оценивается фактический уровень укомплектованности кадрами и на основании действующего законодательства, запланированных мероприятий стратегического и оперативного планов, бизнес-плана обосновывается потребность в кадрах (количество, стаж, опыт). По результатам данной оценки формируется штатное расписание, осуществляется расчет фонда заработной платы.

***Доказательная база.***

1. документ, подтверждающий возложение функции по оценке уровня укомплектованности персонала на определенное лицо или должность;
2. правила определения уровня укомплектованности медицинской организации персоналом;
3. результаты оценки уровня укомплектованности.

***Критерий 8.2*** Медицинская организация разрабатывает и использует политику и процедуры по управлению штатом, включающую назначение, отбор, обучение, оценку, поощрение, сохранение и привлечение компетентного штата в целях выполнения поставленных задач по оказанию медицинских услуг.

***Комментарии.***

МО руководствуется политикой и процедурами по управлению персоналом, которые основаны на стратегических целях, задачах и миссии.

Целью кадровой политики является эффективное управление и развитие человеческого капитала, поддержание на оптимальном уровне численного и качественного состава работников МО, их профессиональное и социальное развитие.

Ключевыми приоритетами Кадровой политики являются:

* привлечение, развитие и удержание высокопрофессиональных работников;
* внедрение передовых методов управления персоналом,
* эффективное управление командой работников МО;
* поддержка инноваций и новых технологий в МО;
* выработка социальных норм и правил поведения работников МО;
* повышение доверия со стороны партнеров к МО.

***Доказательная база.***

1. Политика по управлению человеческими ресурсами;
2. протоколы по проведению совещаний.

***Критерий 8.3*** Доступность специалистов и структура профессиональных навыков персонала:

1. соответствуют функциям каждого подразделения;
2. пересматриваются ежегодно при планировании или по потребности.

***Комментарии.***

Под доступностью понимается обеспечение профильными специалистами в соответствии со штатным расписанием и функциями каждого структурного подразделения. Профессиональные навыки персонала соответствует функциям и профилю подразделения МО.

Наличие специалистов, структура (перечень) их профессиональных навыков пересматривается ежегодно/по потребности при планировании объема медицинских услуг.

***Доказательная база.***

1. Утвержденные положения о структурных подразделениях;
2. штатное расписание;
3. контрольный список.

***Критерий 8.4*** На все штатные должности разработаны должностные инструкции, которые утверждены руководством медицинской 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.

***Комментарии.***

В медицинской организации на каждую штатную должность разрабатываются должностные инструкции, которые утверждаются приказом руководителя.

Должностные инструкции содержат:

* наименование штатной должности;
* критерии отбора специалиста на штатную должность;
* должностные обязанности специалиста;
* схему соподчиненности и отчетности;
* дату пересмотра.

***Доказательная база.***

1. Должностные инструкции (ДИ);
2. опрос персонала.

***Критерий 8.5*** Назначение/прием на должность производится:

1) подписанием контракта между работником и организацией;

2) в соответствии с требованиями, изложенными в должностной инструкции;

3) в соответствии с трудовым законодательством и обеспечением равных возможностей трудоустройства.

***Комментарии.***

В МО разработан порядок приема на работу, где описан процесс отбора и назначения на должность.

***Доказательная база.***

1. Порядок приема на работу;
2. трудовой договор;
3. ДИ;
4. опрос персонала.

***Критерий 8.6*** До назначения/приема специалиста, допущенного к клинической практике медицинская 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.

***Комментарии.***

Оценка клинических знаний проводится ответственными лицами на основании представленных документов (дипломы, сертификаты, др.) в соответствии с установленными в МО требованиями.

В период испытательного срока руководитель структурного подразделения проводит оценку практических навыков нового сотрудника.

При необходимости проводится проверка первичной документации (диплом, сертификаты).

Личное дело оформляется в соответствии с правилами кадровой службы.

***Доказательная база.***

1. Личные дела сотрудников;
2. приказ о возложении ответственности за оценку клинических знаний и практических навыков сотрудников;
3. порядок приема на работу
4. информация о результатах проверки первичных документов.

***Критерий 8.7*** Каждый сотрудник имеет подписанный оригинал своей должностной инструкции, копия которой имеется в отделе кадров.

***Комментарии.***

Каждый сотрудник ознакомлен с должностными инструкциями и имеет экземпляр лично подписанной должностной инструкции (в соответствии с занимаемой штатной должностью).

***Доказательная база.***

1. ДИ;
2. опрос персонала.

***Критерий 8.8*** Каждый сотрудник проходит инструктаж для ознакомления с медицинской организацией, ее целями и задачами, а также со своими должностными обязанностями, в соответствии с документированной программой введения в должность.

***Комментарии.***

В МО разработана программа введения сотрудника в должность. Цель – ознакомление новых сотрудников с общими правилами работы в организации, правилами техники безопасности и охраны здоровья, с условиями труда, корпоративными традициями и нормами поведения и др.

***Доказательная база.***

1. Программа введения в должность;
2. приказ о назначении;
3. журнал инструктажа;
4. опрос персонала.

***Критерий 8.9*** Персонал в медицинской организации идентифицируется посредством:

1. ношения специального медицинского обмундирования;
2. униформы для технических работников;
3. бейджей с указанием фамилии, имени, отчества и занимаемой должности.

***Комментарии.***

Разработаны правила идентификации персонала, где определены требования к внешнему виду персонала, специальному медицинскому обмундированию, бейджам. Средние медицинские работники имеют в достаточном количестве отличительную от врачей форму одежды установленного образца. У каждого медицинского работника имеется бейджик с указанием фамилии, имени, отчества и должности врача или медицинской сестры. Вспомогательный, технический персонал имеет в достаточном количестве специальную форму.

***Доказательная база.***

1. Правила идентификации персонала;
2. опрос персонала;
3. наблюдение.

***Критерий 8.10*** В медицинской организации существует ежегодно проводимая процедура оценки результатов работы специалистов на предмет:

1. соответствия целям и задачам, указанным в должностных инструкциях;
2. определения достижений и нуждающихся в повышении квалификации;
3. процедура документируется и подписывается сотрудником и руководителем подразделения;
4. подшивается к личному делу.

***Комментарии.***

В МО разработаны правила оценки результатов работы специалистов для определения соответствия занимаемой должности, выявление достижений специалиста и потребностей в повышении квалификации.

Лист оценки результатов работы специалиста подписывается специалистом и руководителем подразделения и подшивается к личному делу.

***Доказательная база.***

1. Правила оценки результатов работы специалистов;
2. лист оценки результатов работы специалиста в личном деле;
3. список специалистов, которые нуждаются в повышении квалификации.

***Критерий 8.11*** В медицинской организации существует механизм мониторинга деятельности всего клинического персонала, который включает:

1) мониторинг того, что клинический персонал имеет достаточную непрерывную клиническую практику для сохранения своей компетентности;

2) реагирование на проблемы, связанные с компетентностью персонала, посредством дополнительного наставничества, обучения или других процедур;

3) мониторинг того, что клинический персонал занимается клинической деятельностью в рамках своих полномочий и компетенций;

4) регулярную проверку сведений о профессиональной квалификации и компетенций сотрудников.

***Комментарии.***

Мониторинг деятельности клинического персонала является одним из мероприятий политики управления человеческими ресурсами (критерий 8.2). Мониторинг проводят заместители руководителя МО, руководители структурных подразделений, специалисты службы внутреннего аудита, кадровой службы.

Мониторинг деятельности клинического персонала включает подтверждение наличия непрерывной клинической практики меры реагирования на проблемы, связанные с компетентностью персонала (наставничество, обучение и др.), сопоставление полномочий и компетенций специалистов с объемом и видами выполняемой работы, проверку сведений о профессиональной квалификации и компетенций сотрудников.

***Доказательная база.***

1. Программа повышения квалификации;
2. итоги мониторинга;
3. управленческие решения.

***Критерий 8.12*** Составляется бюджет и ежегодный план по повышению квалификации специалистов на основе:

анализа потребностей в дополнительной подготовке сотрудников;

1. анализа потребностей медицинской организации, связанных с оказанием услуг.

***Комментарии.***

На основании задач стратегического плана, заявок руководителей структурных подразделений, информации из отдела кадров, итогов мониторирования (критерий 8.11) обосновывается потребность в дополнительном обучении сотрудников, формируется бюджет и ежегодный план по повышению квалификации сотрудников.

***Доказательная база.***

1. План повышения квалификации сотрудников;
2. заявки руководителей структурных подразделений;
3. информация о результатах мониторинга;
4. годовой бюджет организации (статья расходов на обучение).

***Критерий 8.13*** В медицинской организации имеется политика непрерывного профессионального образования, предусматривающая:

1. регулярное повышение квалификации специалистов (не реже 1 раза в пять лет);
2. средства для повышения квалификации.

***Комментарии.***

В МО планируются обучение специалистов. Реализация плана обучения, освоение денежных средств на обучение постоянно отслеживаются.

***Доказательная база.***

1. План обучения;
2. контрольный список;
3. личное дело сотрудника (сведения о дате последнего повышения квалификации);
4. контрольная карта сотрудника;
5. запланированные и освоенные денежные средства на обучение;
6. опрос персонала.

***Критерий 8.14*** Существует полная документированная информация о каждом сотруднике организации, включая записи об обучении, которая относится к конфиденциальной и хранится в защищенном месте.

***Комментарии.***

В кадровых записях о каждом сотруднике содержится информацию о найме на работу, истории трудовой деятельности, о квалификации, профессиональной подготовке, образовании и результатах проверок; служебной аттестации и о любых вопросах, касающихся трудовой деятельности, а также увольнения.

При ведении кадровых записей должна соблюдаться конфиденциальность.

***Доказательная база.***

1. Правила ведения записей о сотрудниках (информационный лист);
2. личные дела, карточки и трудовые книжки сотрудников.

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

***Комментарии.***

Специалисты кадровой службы предоставляют руководителю МО результаты анализа ключевых показателей (например, отсутствие сотрудника на работе без уважительной причины, текучесть кадров и др.), на основании которых руководитель МО принимает решение.

***Доказательная база.***

1. Итоги анализа показателей кадровой службы;
2. документы, подтверждающие анализ движения и текучести кадров;
3. документы, подтверждающие принятие управленческих решений по результатам анализа.

#

# РАЗДЕЛ С: УПРАВЛЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТЬЮ

## Стандарт 9.0 «БЕЗОПАСНОСТЬ ЗДАНИЙ»

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

**Нормативная основа:**

1. Постановление Правительства Республики Казахстан от 29 августа 2008 года № 803 «Об утверждении Технического регламента «Требования к сигнальным цветам, разметкам и знакам безопасности на производственных объектах»;
2. Постановление Правительства Республики Казахстан от 17 января 2012 года № 87 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения»;
3. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 18 апреля 2006 года № 181 «Об утверждении классификатора медицинской техники и изделий медицинского назначения и карты учета технико-экономических показателей организаций здравоохранения»;

***Критерий 9.1*** Здания медицинской организации

1. отвечают потребностям в площади и расположении подразделений при предоставлении услуг пациентам в повседневной работе и во время чрезвычайных ситуаций;
2. регулярно ремонтируются;
3. отвечают требованиям строительных норм и правил;

отвечают требованиям санитарных норм и правил.

***Комментарии.***

В здании медицинской организации расположение помещений, их количество и площадь соответствует потребностям и объему оказываемой медицинской помощи.

В МО определен список ответственных лиц по проведению обхода и осмотра здания, разработаны правила осмотра и обхода здания, план осмотра, определено время и кратность осмотра. Результаты осмотра здания документируются. По результатам осмотров в бюджете планируются средства для необходимой модернизации.

***Доказательная база.***

1. Осмотр зданий;
2. карта учета технико-экономических показателей (ТЭП);
3. акты департаментов ГСЭН;
4. акты выполненных работ после проведения капитального и текущего ремонтов;
5. интервью персонала, пациентов, посетителей.

***Критерий 9.2*** В медицинской организации принимаются меры по обеспечению безопасности в соответствии с письменной политикой и процедурами, с целью защиты:

1. персонала, работающего в одиночку или в изолированном помещении;
2. пациентов, посетителей и персонала от угрозы физического насилия и потери имущества в дневное и ночное время;
3. лекарственных средств от краж и хищений;
4. здания, оборудования и имущества от повреждения или утери.

***Комментарии.***

Меры по обеспечению безопасности включают:

* систему идентификации посетителей;
* запираемые на ключ двери и контроль ключей, включая центральный склад, маркировку ключей, регистрацию выдачи ключей, доступ к ключам только для уполномоченных лиц;
* систему сигнализации, охранное освещение и патрулирование с целью охраны.

В МО разработаны правила по обеспечению безопасности.

***Доказательная база.***

1. Правила по обеспечению безопасности;
2. должностные инструкции ответственных лиц;
3. журнал регистрации выдачи и приема ключей.

***Критерий 9.3*** По всей территории медицинской организации на видных местах установлены легко читаемые информационные знаки по технике безопасности, включая знаки:

1. направлений;
2. запрета курения;
3. запретных зон и прочих предупреждений;
4. опасности радиоактивного излучения в помещении;
5. противопожарного оборудования;
6. схем эвакуации при чрезвычайных ситуациях;
7. указателей ближайшего выхода.

***Комментарии.***

Требования Технического регламента «Требования к сигнальным цветам, разметкам и знакам безопасности на производственных объектах» распространяются на сигнальные цвета, разметки и знаки безопасности, предназначенные для обеспечения требований безопасности на производственных и других объектах.

Сигнальные цвета, разметки и знаки безопасности должны применяться на объектах для привлечения внимания людей к опасности, опасной ситуации, предостережения опасности, сообщения о возможном исходе в случае пренебрежения опасностью, предписания или требования определенных действий, а также для сообщения необходимой информации.

Ответственные лица МО обязаны:

* определить на объекте виды и места опасности исходя из условий обеспечения безопасности;
* обозначать виды и места опасности, а также возможные опасные ситуации сигнальными цветами, разметками и знаками безопасности;
* определить виды соответствующих знаков безопасности (при необходимости поясняющие надписи на знаках безопасности);
* определить размеры, виды, исполнение, степень защиты и места размещения сигнальной разметки и знаков безопасности;
* обозначить с помощью знаков безопасности места размещения средств личной безопасности и средств, способствующих сокращению возможного материального ущерба в случаях возникновения пожара, аварий или других чрезвычайных ситуаций.

На участках или в помещениях объекта, временно отнесенные к опасным, устанавливаются переносные знаки безопасности, которые убирают по мере истечения времени о необходимости их применения.

***Доказательная база.***

1. Правила размещения информационных знаков по технике безопасности;
2. приказ о назначении ответственного лица за состоянием и функционированием информационных знаков.

***Критерий 9.4*** Территория медицинской организации обслуживается в должном объеме и соответствует транспортным требованиям:

1. имеются свободные подъездные пути;
2. отведено парковочное место для автомобилей медицинской организации, автомобилей пациентов и посетителей;
3. оснащенный гараж для парковки автомобилей медицинской организации при потребности;
4. соответствующее место для проведения ремонта автомобилей.

***Комментарии.***

К территории МО прилегают удобные подъездные пути с асфальтированным покрытием без дефектов, не загроможденные посторонними предметами. Имеется гараж и асфальтированные площадки для парковки и проведения ремонтных работ автотранспорта организации.

В МО для обслуживания территории медицинской организации в должном объеме определен порядок уборки и содержания территории, включая прилегающие к границам зданий и ограждений, а также внутренние производственные территории. Уборка территории осуществляется ежесуточно и выполняется в период наименьшей интенсивности движения транспортных средств и пешеходов.

Санитарная очистка территории медицинской организации включает в себя уборку территорий и вывоз мусора, твердых бытовых и крупногабаритных отходов.

***Доказательная база.***

1. Свободные подъездные пути;
2. паркинг;
3. место для ремонта автотранспорта;
4. договор с СТО.

***Критерий* *9.5.*** В медицинской организации имеется возможность передвижения пациентов и посетителей с ограниченными физическими возможностями, и перемещения грузов:

1) обеспечение работающих пассажирских лифтов в зданиях, состоящих из трех и более этажей, служебных лифтов в лечебные отделения выше второго этажа или выше;

2) пандус, подходящий для детских колясок, инвалидных кресел, каталок и тележек.

***Нормативная основа:*** Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения», утвержденные Постановлением Республики Казахстан от 17 января 2012 года № 87.

***Комментарии:***

В многоэтажных зданиях имеются лифты для того, чтобы при необходимости лица на кресле – каталке смогли подняться на верхние этажи.

Имеются пандусы в качестве альтернативы ступенькам.

***Доказательная база:***

* + - 1. Наличие исправных лифтов.
			2. Наличие пандусов.

***Критерий* *9.6*** Медицинская организация имеет функционирующие водопроводные и канализационные системы, отвечающие требованиям санитарно-гигиенических норм и правил:

1) бесперебойная подача холодной и горячей воды, доступная в местах нахождения пациентов и в других служебных зонах;

2) функционирующая канализационная и дренажная система.

***Нормативная основа:***

Постановление Республики Казахстан от 17 января 2012 года № 87 Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения»

***Комментарии:***

Здания медицинской организации подключены к централизованным системам холодного, горячего водоснабжения и канализации.

При отсутствии в населенном пункте централизованной системы водоснабжения допускается устройство местной системы или используется привозная вода из мест, которые должны соответствовать санитарно-эпидемиологическим требованиям безопасности водных объектов.

Система водоснабжения функционируют бесперебойно, водой снабжены все помещения с учетом функционального предназначения структурных подразделений, их техническое состояние соответствует требованиям СанПиН.

При наличии в медицинской организации собственного источника водоснабжения и местной системы подачи холодной воды имеется санитарно-эпидемиологическое заключение на данный источник.

 Имеется бесперебойно функционирующая канализационная система внутренних трубопроводов для отведения сточных вод (канализация) от санитарно-технических приборов (умывальники, ванные, душ), а также дождевых и талых вод.

 При размещении объекта в неканализованных и частично канализованных населённых пунктах предусматривается местная система канализации и вывозная система очистки. Водонепроницаемая емкость (яма) для приёма сточных вод оснащается крышкой, размещается в хозяйственной зоне и очищается по мере заполнения её на две трети объёма. Размещение и техническое состояние санитарно-технических приборов соответствует требованиям.

***Доказательная база:***

1. Осмотр состояния водопроводных и канализационных систем: имеется общий и дополнительный источник водоснабжения или резервуары с водой, автономная система подогрева воды.

2. Имеются документы, подтверждающие соответствующее санитарное состояние воды, водопроводной и канализационной систем (акты проверок СЭС)

3. Опрос персонала и пациентов о работе систем канализации и водопровода.

***Критерий* *9.7*** Окружающая обстановка в медицинской организации способствует комфорту и безопасности персонала и пациентов посредством:

1) естественной вентиляции при помощи вытяжки воздуха, открывания окон и/или искусственной – приточно-вытяжной;

2) функционирующей системы центрального или местного отопления равномерно во всех помещениях в холодное время года;

3) адекватного естественного освещения в местах нахождения пациентов;

4) наличия адекватного искусственного освещения, в местах, где отсутствует естественное освещение.

***Нормативная основа:***

Постановление Республики Казахстан от 17 января 2012 года № 87 Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения».

***Комментарии:***

В каждом помещении имеется бесперебойно функционирующий индивидуальный канал вытяжной вентиляции с естественным побуждением (воздуховод) и система естественной вентиляции (форточки, откидные фрамуги). Размещение и функционирование вентиляционных систем в помещениях структурных подразделениях соответствует требованиям СанПиН.

 Имеется эффективно функционирующая в холодное время года система централизованного или местного отопления, обеспечивающая равномерное нагревание воздуха в кабинетах и помещениях. Поверхность, размещение и эксплуатация трубопроводов и нагревательных приборов, а также характер теплоносителей соответствуют требованиям СанПиН.

Имеются действующие системы естественного и искусственного освещения, которые соответствуют требованиям СанПиН. Освещение вторым светом или искусственное освещение допускается только в тех помещениях, правила, эксплуатация которых не требуют естественного освещения (кладовые, санитарные узлы в палатах, ванные и душевые, комнаты личной гигиены, гардеробные для персонала, предоперационные и операционные, аппаратные, фотолаборатории и пр.). Для защиты от солнца и перегрева помещений окна ориентированные на южные румбы горизонта оборудованы солнцезащитными устройствами (козырьки, жалюзи).

***Доказательная база:***

1. План профилактических осмотров и работ по содержанию вентиляционной, отопительной систем и систем освещения, договор на обслуживание и акты выполненных работ, заключения СЭС.

 2. Проводится обход и осмотр:

- трубопроводов, системы вентиляции и санитарно-технических приборов.

- элементов централизованного либо местного отопления;

- элементов, обеспечивающих естественное освещение (окна, световые карманы) и элементов искусственного освещения (лампы, светильники).

- оценивается их размещение и правила эксплуатации согласно СанПиН.

***Критерий* *9.8*** Медицинская организация с целью создания комфортной рабочей среды управляет своими коммунальными службами и сводит к минимуму потенциальные риски:

1) имеет в наличии альтернативные источники для предупреждения воздействия перебоев работы коммунальных служб на систему жизнеобеспечения организации и инфекционный контроль;

2) обслуживание инженерных коммуникаций осуществляется высококвалифицированными, компетентными работниками, которые следуют надлежащим процедурам;

3) предотвращает распространение загрязняющих веществ в таких зонах, как централизованные стерилизационные службы, лаборатория с обеспечением адекватной вентиляции с притоком воздуха из чистых районов в загрязненные.

***Нормативная основа:***

Постановление Республики Казахстан от 17 января 2012 года № 87 Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения».

***Комментарий:***

Текст критерия стандарта изложен достаточно понятно, в комментариях нет необходимости.

***Доказательная база:***

1. Имеются дополнительные генераторы или источники бесперебойного питания, инженерно-технический персонал имеет необходимую квалификацию, раздельный слив биологических жидкостей в лаборатории от общей канализации

2. Осмотр условий хранения опасных веществ согласно санитарным требованиям

3. Опрос персонала на действия при возникновении рисков в системе жизнеобеспечения

***Критерий* *9.9*** Медицинская организация обеспечивает условия для поддержания гигиены пациентов и персонала, предоставляя:

1) достаточное количество расположенных в удобном месте, понятно обозначенных и доступных туалетов и гигиенических комнат;

2) доступ к раковинам, электросушилкам или бумажным полотенцам во всех туалетах и в рабочих зонах для персонала;

3) приватное место для пациентов при отправлении личных потребностей гигиены, возможность получения помощи при этом.

***Нормативная основа:***

Постановление Республики Казахстан от 17 января 2012 года № 87 Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения»

***Комментарий:***

Мужские/женские туалеты и ванные комнаты для пациентов имеются в палатах или отделении. Предусмотрены туалеты для посетителей.

Туалеты и ванные комнаты содержатся в чистоте, запираются клиентом/пациентом изнутри, но с возможностью открыть снаружи, имеют нескользкий пол. Пациенты в креслах-каталках имеют доступ в комнаты для гигиены, туалеты.

***Доказательная база:***

1. Наличие указателей и обозначений уборных комнат, достаточное количество гигиенических комнат для пациентов и персонала с раковинами и сушилками, антисептическими средствами, алгоритма мытья рук

2. Опрос и анкетирование о доступности средств для поддержания гигиены пациентов и персонала.

**Стандарт 10.0 «УПРАВЛЕНИЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМИ СИТУАЦИЯМИ И ПРОТИВОПОЖАРНОЙ БЕЗОПАСНОСТЬЮ»**

**Медицинская организация сводит к минимуму риски возникновения пожара и готова к чрезвычайным и критическим ситуациям.**

***Критерий 10.1*** Медицинская 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.

***Нормативная основа:***

Постановление Правительства Республики Казахстан от 16 января 2009 года № 14 «Об утверждении Технического регламента «Общие требования к пожарной безопасности».

***Комментарий:***

Организация планирует мероприятия, чтобы обеспечить безопасность персонала, пациентов, посетителей от пожара, задымления или других экстренных ситуаций в учреждении.

В план включены мероприятия по профилактике, раннему обнаружению, противодействию, устранению и безопасному выходу из учреждения при пожаре и при других экстренных случаях.

Организация регулярно оценивает свою готовность на случай пожара и задымления, включая раннее обнаружение и подавление возгораний, и документирует результаты проверки**.**

***Доказательная база:***

1. Имеется план мероприятий на случай пожара и чрезвычайных происшествий, согласованный с местной государственной организацией,
2. Документы, регламентирующие действия сотрудников в случае возникновения чрезвычайных ситуаций (ЧС), график проведения учений на случай вероятных ЧС, документ о назначении ответственных лиц.
3. Планы и алгоритмы, средства и схема оповещения находятся в доступных местах.
4. Персонал обучен алгоритму действий при ЧС и пожаре.

***Критерий* *10.2*** Персонал проходит ежегодное обучение в соответствии с планом реагирования при ЧС, включая процедуры ориентации персонала при эвакуации, и участвует в мероприятиях по учебной тревоге.

***Нормативная основа:***

 Постановление Правительства Республики Казахстан от 17 июня 2010года №608 «Об утверждении Правил предоставления, видов и объема медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях»; Постановление Правительства Республики Казахстан от 16 января 2009 года № 14 «Об утверждении Технического регламента «Общие требования к пожарной безопасности»; Методические документы для организации службы ЧС в медицинских организациях.

***Комментарий:***

Медицинская помощь населению при чрезвычайных ситуациях предоставляется в зависимости от категории чрезвычайной ситуации, а также характера и масштабов их медико-санитарных последствий.

При объектовых чрезвычайных ситуациях оказание медицинской помощи пораженным (больным) осуществляется организациями здравоохранения в режиме повседневной деятельности.

При возникновении местных, региональных и глобальных чрезвычайных ситуаций вводятся в действие силы и средства службы медицины катастроф.

***Доказательная база:***

1. Имеются планы обучения и документы с подписями сотрудников о прохождении обучения и инструктаже

2. Персонал знает и обучен алгоритму действий при эвакуации

***Критерий* *10.3*** Медицинская организация снижает риск возникновения пожара путем:

1) использования огнестойких строительных материалов, таких как огнестойкая краска, шторы, мебель и постельное белье;

2) обеспечения запасных путей эвакуации, таких как лестницы внутри здания и внешние пожарные лестницы;

3) обеспечения оборудованием пожаротушения (гидранты, пожарные шланги, огнетушители, системы автоматического водяного пожаротушения), расположенного в соответствующих местах и обозначенного 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).

***Нормативная основа:***

Постановление Правительства Республики Казахстан от 16 января 2009 года № 14 «Об утверждении Технического регламента «Общие требования к пожарной безопасности».

***Комментарии:***

Текст критерия изложен достаточно понятно.

***Доказательная база:***

1. Акты проверок состояния противопожарной системы в медицинской организации.

2. Проводится обход и осмотр на предмет наличия элементов противопожарной безопасности: понятных указателей пожарных выходов, пунктов сбора, маршрутов движения и мест нахождения пожарного оборудования, конструкции и материалы (огнезащитные краски, облицовочные конструкции, наружные пожарные лестницы, лифты); средства пожаротушения (гидранты, рукава, огнетушители); установки пожарной сигнализации и оповещения; устройств, обеспечивающих ограничение распространения пожара (противопожарные преграды, отсеки и секции, устройство аварийного отключения и переключения при пожаре); оценивается их техническое состояние.

3. Персонал обучен действиям при пожаре, знает телефоны и ответственных лиц, планы эвакуации**.**

***Критерий* *10.4*** Системы аварийной сигнализации:

1) должны находиться в состоянии готовности и быть способными издавать звуковые сигналы, слышимые на необходимом расстоянии и заглушающие остальной шум;

2) имеют необходимые настройки, которые содержатся в рабочем состоянии, тестируются в соответствии с программой планово-предупредительного технического обслуживания, полученные данные документируются.

***Нормативная основа:***

Постановление Правительства Республики Казахстан от 16 января 2009 года № 14 «Об утверждении Технического регламента «Общие требования к пожарной безопасности».

***Комментарий:***

Системы обнаружения пожара (установки и системы пожарной сигнализации), оповещения и управления эвакуацией людей при пожаре должны обеспечивать автоматическое обнаружение пожара за время, необходимое для включения систем оповещения о пожаре в целях организации безопасной (с учетом допустимого пожарного риска) эвакуации людей в условиях конкретного объекта.

***Доказательная база:***

1. Акты проверок, подтверждающие рабочее состояние сигнализации и их обслуживания

2. Осмотр наличия аварийной сигнализации, оценивается их рабочее состояние

3. Персонал знает о наличии и характере аварийной пожарной сигнализации и мерах реагирования.

***Критерий* *10.5.*** Из всех зон здания медицинской организации имеются адекватные пути для 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 открываться и закрываться вручную;

3) выходные двери, которые оставляются открытыми или фиксируются электрическими устройствами автоматического расцепления;

4) запрет запирания дверей в кабинетах для приема пациентов и выходных дверей, за исключением особых случаев и моментов, когда есть адекватные запасные выходы.

***Нормативная основа:***

Постановление Правительства Республики Казахстан от 16 января 2009 года № 14 «Об утверждении Технического регламента «Общие требования к пожарной безопасности».

***Комментарии:***

Эвакуация - процесс организованного самостоятельного движения людей наружу или в безопасную зону из помещений, в которых имеется возможность воздействия на них опасных факторов пожара, а также несамостоятельного перемещения людей, относящихся к группам населения с ограниченными возможностями передвижения, осуществляемого обслуживающим персоналом.

Эвакуационный путь (путь эвакуации) - путь движения и (или) перемещения людей, ведущий непосредственно наружу или в безопасную зону, удовлетворяющий требованиям безопасной эвакуации при пожаре.

Эвакуационный выход - выход, ведущий на путь эвакуации, непосредственно наружу или в безопасную зону;

Аварийный выход - выход (дверь, люк), ведущий на путь эвакуации, непосредственно наружу или в безопасную зону, который используется как дополнительный выход для спасания людей, но не учитывается при оценке соответствия необходимого количества и размеров эвакуационных путей и выходов условиям безопасной эвакуации людей при пожаре;

***Доказательная база:***

Все возможные пути беспрепятственной эвакуации людей указаны четко, имеются во всех зонах нахождения людей.

***Критерий 10.6*** Воспламеняющиеся вещества, газовые баллоны и другие, потенциально опасные материалы и химические вещества хранятся и используются в соответствии с инструкциями по безопасности, и включают:

1) систематическую сортировку и маркировку;

2) запирание помещений и обеспечение герметичности;

3) запирание контейнеров для хранения газовых баллонов или наличие ограждения, с целью недопущения посторонних лиц;

4) хранение на уровне пола на специализированных поддонах.

***Нормативная основа:***

Постановление Правительства Республики Казахстан от 16 января 2009 года № 14 «Об утверждении Технического регламента «Общие требования к пожарной безопасности».

***Комментарии:***

В организации есть утвержденный план содержания инвентаря, а также обработки, хранения, использования опасных материалов, контроля и утилизации опасных медицинских материалов и отходов. Организация в соответствии с планом определяет и осуществляет контроль опасных медицинских материалов и отходов в целях безопасности

***Доказательная база:***

1. Наличие инструкций по хранению и применению легковоспламеняющихся веществ и газовых баллонов.
2. Ответственность возложена на определенное лицо (лица).

2. Места хранения четко обозначены, имеются инструкции по хранение и использование легковоспламеняющихся веществ и газовых баллонов осуществляется в соответствии с инструкциями.

3. Персонал проходит обучение, знает и соблюдает технику безопасности при работе с опасными и вредными веществами.

**Стандарт 11.0 БЕЗОПАСНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБОРУДОВАНИЯ И РАСХОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ**

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

***Критерий 11.1*** Медицинская организация планирует закупки, модернизацию и замену медицинских приборов и оборудования:

1) для обеспечения планируемых услуг;

2) для реагирования при чрезвычайных ситуациях с помощью имеющегося резерва;

3) с целью обеспечения бесперебойной работы всех приборов и оборудования.

***Нормативная основа:***

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 октября 2010 года № 850 «Об утверждении минимальных стандартов (нормативов) оснащения медицинской техникой и изделиями медицинского назначения государственных организаций здравоохранения (с изменениями и дополнениями по состоянию на 27.12.2011 г.); Методические рекомендации «Методика планирования оснащения медицинских организаций Республики Казахстан медицинским оборудованием», Институт развития здравоохранении, Алматы, 2008.

***Комментарий:***

Подразделения организации своевременно подают обоснованные заявки на приобретение нового оборудования и инвентаря. Новое оборудование и комплектующие части, принятые на баланс, своевременно приходуются устанавливаются. Замена оборудования производится обоснованно.

***Доказательная база:***

1. Имеются заявки отделений и план приобретения, обновления, списания медицинского оборудования и приборов, имеются все необходимые технические и санитарные паспорта, сертификаты, инструкции, акты списания, договора на обслуживание и ремонт оборудования (акты поверок, журнал регистрации заявок на ремонт, акты выполненных работ).

2. При осмотре имеются все ярлыки с обозначением и сроками технического осмотра, нет простаивающего оборудования.

3. Персонал знает правила эксплуатации оборудования и алгоритм действий при выявлении неисправности.

***Критерий 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, стандартов по обращению с опасными веществами и стандартов безопасности;

3) выполнение калибровки;

4) соблюдение требований законодательства и местных органов власти.

Примечание: Программа охватывает оборудование для диагностики и лечения пациентов, работу электрических, канализационных, отопительных, вентиляционных систем и их компонентов.

***Комментарий:***

В медицинской организации функционирует служба по обеспечению оборудованием и инженерно-техническим оснащением, разработана программа профилактического технического обслуживания и ремонта оборудования.

 Программа охватывает техническое обслуживание оборудования для диагностики и лечения пациентов, и обеспечивает должное функционирование электрических, санитарно-технических, тепловых и вентиляционных систем и их компонентов.

На рабочем месте имеются инструкции, с указанием порядка и частоты проведения технического осмотра всего оборудования, систем и всех их компонентов, отвечающим рекомендациям изготовителя.

***Доказательная база:***

- программа профилактического технического обслуживания оборудования;

- инструкции на основе руководств по эксплуатации производителя, стандартов по обращению с опасными веществами и стандартов безопасности**.**

***Критерий 11.3*** Имеется процедура обнаружения и оповещения выявленных дефектов и отказов оборудования, включающая:

1) ведение журнала регистрации дефектов и неисправностей оборудования;

2) общепринятый бланк для персонала для подачи заявки на ремонт или замену оборудования;

3) достаточное количество расходных материалов для проведения технического обслуживания и мелкого ремонта;

4) регулярный обзор нерассмотренных 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.

***Комментарий:***

 Документируются нарушения в работе медицинского и вспомогательного оборудования: обнаружение и оповещение соответствующих служб/лиц о выявленных дефектах и отказах работы оборудования.

 В актах выполненных работ подробно описывается объем работ по обслуживанию и замене изношенных, вышедших из строя частей оборудования.

Имеются планы по замене изношенного оборудования и соответствующие расчеты.

***Доказательная база:***

1. Журнал регистрации выявленных дефектов и отказов оборудования, заявки на ремонт, акты списания, акты выполненных работ по ремонту, поверке медицинского и другого оборудования.

2. Ответственный персонал знает схему работы по выявлению, регистрации, устранению неполадок или замене оборудования.

***Критерий 11.4.*** Имеются в наличии письменные договора с подрядчиками, обеспечивающими поставки, 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, используемые для контроля выполнения работ подрядчиками.

***Комментарий:***

В организации имеются оформленные договора с подрядчиками по вопросам оказания коммунальных услуг, профилактического обслуживания медицинской техники и электрооборудования, приобретения продуктов питания, инвентаря, аппаратуры и оборудования, удаления отходов с территории организации.

 В договорах четко определены обязанности сторон.

***Доказательная база:***

Договора с подрядчиками по поставке услуг.

***Критерий 11.5*** Медицинская 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 (например, автоклавы, насосы IV группы и выше, вентиляторы, уплотнители мусора) допускаются квалифицированные специалисты, имеющие необходимые знания, навыки и свидетельство;

3) имеется в наличии и доступны для персонала правила по технике безопасности и инструкции по диагностическому и другому медицинскому оборудованию.

***Нормативная основа:***

Постановление Правительства Республики Казахстан от 7 июня 2010 года № 529 «Об утверждении технического регламента «Требования к безопасности медицинской техники и изделий медицинского назначения»; Постановление Правительства Республики Казахстан от 11 января 2012 года № 26 «Об утверждении Правил уничтожения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, непригодных к реализации и медицинскому применению»**.**

***Комментарий:***

Текст критерия изложен достаточно понятно. Мероприятия по безопасной и правильной эксплуатации охватывают техническое обслуживание оборудования для диагностики и лечения пациентов, обеспечение должного функционирования электрических, санитарно-технических, тепловых и вентиляционных систем и их компонентов.

На рабочих местах имеются инструкции, с указанием порядка и частоты проведения техосмотра всего оборудования, систем и всех их компонентов, отвечающим рекомендациям изготовителя.

***Доказательная база:***

1. Документы, удостоверяющие прохождение персоналом обучения по работе с оборудованием.
2. Персонал имеет допуск к работе со специализированным оборудованием.
3. Журнал обучения персонала технике безопасности.
4. Журнал инструктажа на рабочих местах (журнал введения в должность).
5. Имеются и доступны для персонала инструкции по технике безопасности при проведении лечебных процедур и типовые правила эксплуатации, инструкции по технике безопасности при работе с медицинской аппаратурой (на каждый аппарат).
6. Персонал знает правила техники безопасности при работе с оборудованием.

***Критерий 11.6*** Системы связи обеспечивают эффективный поток внутренних и внешних коммуникаций с целью незамедлительного информирования о любом инциденте и включают следующее:

1) наличие доступной телефонной связи во всех структурных подразделениях для пациентов и лиц по уходу за ними;

2) для пациентов функционирующую систему сигнального оповещения медицинского персонала.

***Комментарий:***

Во всех структурных подразделениях медицинской организации имеются необходимое количество действующих телефонов. Телефонные аппараты доступны для всех сотрудников. Для пациентов и лиц по уходу за ними имеются действующие телефоны-автоматы.

***Доказательная база:***

1. Правила передачи информации при возникновении инцидентов.

2. В структурных подразделениях имеется доступная и работающая система связи и сигнального оповещения персонала, достаточное количество телефонных аппаратов для пациентов и лиц по уходу за ними.

3. Пациенты и персонал информированы о системе оповещения, персонал знает схему оповещения.

***Критерий 11.7*** Все оборудование (лечебно-диагностическое, автоклавы) подключены к контуру заземления.

***Комментарии:***

В соответствии с техникой безопасности необходимо соответствие данному критерию в обязательном порядке.

***Доказательная база:***

1. Правила эксплуатации оборудования с заземлением.

2. Все оборудование подключено к контуру заземления.

***Критерий* *11.8*** Сотрудники службы лучевой диагностики защищены от радиоактивного облучения путем:

1) использования кабины радиационной защиты 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.

***Нормативная основа:***

Постановление Правительства Республики Казахстан от 19 декабря 2003 года № 1277 «Об утверждении Правил контроля и учета индивидуальных доз облучения, полученных гражданами при работе с источниками ионизирующего излучения, проведении медицинских рентгенорадиологических процедур, а также обусловленных радиационным фоном».

***Комментарий:***

Радиационная безопасность обеспечивается в соответствии с требованиями СанПиН и действующими нормативными правовыми актами. Специальной уполномоченной службой проводится радиационный контроль. Результаты контроля фиксируются в журнале записей актов радиационного контроля.

Сотрудники службы лучевой диагностики:

1) выполняют требования по обеспечению радиационной безопасности, установленные санитарными правилами;

2) используют средства индивидуальной защиты;

3) выполняет установленные требования по предупреждению радиационной аварии и правила поведения в случае ее возникновения;

4) своевременно проходят периодические медицинские осмотры;

5) незамедлительно ставят в известность руководителя (цеха, участка, лаборатории) и службу радиационной безопасности (лицо, ответственное за радиационную безопасность) обо всех обнаруженных неисправностях в работе установок, приборов и аппаратов, являющихся источниками излучения;

6) выполняют указания службы радиационной безопасности, касающиеся обеспечения радиационной безопасности при выполнении работ;

7) по окончании смены покидают свои рабочие места, если иное не предусмотрено производственной необходимостью.

 Для проведения индивидуального дозиметрического контроля в организациях используются индивидуальные дозиметры, которые фиксируются на одежде персонала. Место расположения дозиметров зависит от характера выполняемой работы.

***Доказательная база:***

1. На рабочих местах имеются инструкции по технике безопасности при работе с радиологическим оборудованием, имеются акты проверок радиационного контроля, обслуживания и профилактических осмотров оборудования, инструктаж, допуск сотрудников, в медицинских книжках регулярно отметки о профилактических осмотрах.

2. Имеются индивидуальные дозиметры, кабины радиационной защиты соответствуют требованиям СанПиН.

3. Персонал владеет правилами техники безопасности при превышении нормы радиационного фона, оповещения соответствующих служб, соблюдает и использует средства защиты

 **Поставки**

***Критерий* *11.9*** Внедрена и используется система управления поставками, предусматривающая:

1) оценку потребностей в клинических и неклинических поставках для каждого отделения;

2) установку минимальных норм товарно-материальных затрат для удовлетворения рассчитанных потребностей и обеспечение поставок с целью снижения до минимума складских запасов и стоимости погрузочно-разгрузочных работ;

3) учет движения запасов и контроль объема складских запасов;

4) хранение в хороших условиях белья и других мягких материалов;

5) своевременную замену запасов до истечения срока годности;

6) хранение запасов на полках в сухом и безопасном месте.

***Нормативная основа:***

Постановление Правительства Республики Казахстан от 26 января 2002 года №128 «Об утверждении натуральных норм на питание и минимальных норм оснащения мягким инвентарем государственных организаций здравоохранения РК».

***Комментарий:*** При принятии решений о приобретении оборудования, сведения о потребности в оборудовании можно разделить по степени важности такого оборудования для обслуживания пациентов. Поэтому, составляя списки-запросы на новое оборудование по подразделениям, важно включить данные степени очередности потребностей.

Установление минимальных норм товарно-материальных затрат для удовлетворения рассчитанных потребностей и обеспечение поставок, учет движения запасов и контроль объема проводится в соответствии с нормативными актами.

***Доказательная база:***

1. Имеются заявки структурных подразделений для определения потребностей товарно-материальных затрат, договора с поставщиками, графики поставок, ведется учет движения запасов на складе.

2.Условия хранения соответствуют требованиям (отдельно хранятся чистое и грязное белье, в сухом помещении, своевременно производится замена запасов до истечения сроков годности).

***Критерий* *11.10*** В медицинской организации имеются в достаточном количестве моющие и дезинфицирующие средства, соблюдается график закупок, и имеются акты списания этих средств, а персонал обучен правилам применения средств согласно инструкциям.

***Нормативная основа:***

Постановление Правительства Республики Казахстан от 16 апреля 2013 года № 364 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинфекции, дезинсекции и дератизации»; Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 декабря 2011 года № 1691 «Об утверждении Правил хранения, транспортировки и использования профилактических (иммунобиологических, диагностических, дезинфицирующих) препаратов».

***Комментарий:***

Условия и порядок хранения, транспортировки и использования дезинфицирующих препаратов соответствует требованиям нормативных правовых документов.

Ответственными ликами осуществляется расчет потребности организации здравоохранения в дезинфицирующих средствах, график закупок соблюдается. Учет прихода и расхода дезинфицирующих препаратов проводится в журнале учета дезинфицирующих препаратов по утвержденной форме.

На местах работы с дезинфицирующими препаратами размещаются наглядные пособия, брошюры, инструкции, плакаты и памятки о мерах безопасности при использовании дезинфицирующих препаратов и правилах оказания первой помощи при отравлениях.

***Доказательная база:***

 1. Имеются заявки структурных подразделений, ведется расчет норм и расходов моющих и дезинфицирующих средств, договора с графиком поставок, акты списания.

2. В комнатах гигиены имеются приспособления и инструкции для пользования моющими и дезинфицирующими средствами, которые хранятся согласно требованиям.

3. Персонал обучен и владеет правилами использования дезинфицирующих средств.

**Фармацевтические поставки**

***Критерий 11.11*** Лекарственные средства и изделия медицинского назначения приобретаются, исходя из конкретных критериев, что включает:

1) области предоставляемых услуг и установленных потребностей пациентов;

2) необходимые лекарственные препараты в соответствии с утвержденным перечнем жизненно важных лекарственных средств;

3) потребности в специальных лекарственных средствах и изделиях медицинского назначения, запасы которых не предусмотрены;

4) способ транспортировки.

***Нормативная основа:***

Постановление Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года № 2135 «Об утверждении Правил обеспечения лекарственными средствами граждан»; Постановление Правительства Республики Казахстан от 23 декабря 2011 года № 1595 «Об утверждении Правил хранения и транспортировки лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники в условиях, обеспечивающих сохранение их безопасности, эффективности и качества»; Приказ МЗ РК от 23ноября 2009 года № 762 «Об утверждении Правил разработки и согласования лекарственных формуляров организаций здравоохранения».

***Комментарии:***

Каждая организация должна решить, какие лекарственные препараты сделать доступными для предписания и заказа сотрудниками медицинской организации. Выбор лекарственных препаратов является совместным процессом, учитывающим потребность и безопасность больного, а также экономический фактор.

Лекарственные препараты, имеющиеся для предписания и заказа, соответствуют специализации организации, потребности больных и предоставляемым услугам.

Список разработан (за исключением ситуаций, когда он регламентирован нормативом или уполномоченными органами управления) в результате совместного обсуждения.

Для случаев, когда лекарственные препараты недоступны, установленный процесс включает уведомления выписывающим лекарства лицам и предлагаемые лекарственные заменители.

В организации существует метод контроля над перечнем лекарственных препаратов и эффективностью их использования**.**

**Доказательная база:**

1. Лекарственный формуляр медицинской организации, заявки структурных подразделений с потребностью в лекарственных средствах и изделиях медицинского назначения, с технической спецификацией на закупаемые лекарственные средства (ЛС) и изделия медицинского назначения (ИМН), договора с поставщиками с графиками поставок.

2. Персонал знает механизм формирования потребности в лекарственных средствах и изделиях медицинского назначения.

***Критерий 11.12*** Структурное подразделение по лекарственному обеспечению использует систему управления запасами, которая включает:

1) список запасов в соответствии с утвержденными нормами для всех отделений;

2) использование системы резервного запаса (наличие минимального объема запасов);

3) наличие лекарственных средств и изделий медицинского назначения в случае чрезвычайной ситуации, немедленно восполняемых после использования;

4) проверку качества, количества, номера партии, даты производства и срока годности приобретенных лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения при проведении приема;

5) наличие автоматизированной системы учета для управления запасами и контроля истечения срока годности.

***Комментарий:*** В медицинской организации внедрена система управления и автоматизированный учет запасов и контроля истечения срока годности лекарственных препаратов.

***Доказательная база:***

1. Ведется автоматизированный учет запасов, отдельный учет ЛС и ИМН для экстренной помощи, при ЧС, ведется контроль за соблюдением условий транспортировки и хранения.

2.Наличие автоматизированной системы учета в рабочем состоянии.

3.Персонал знает и соблюдает требования по учету и контролю ЛС и ИМН.

***Критерий 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.

***Нормативная основа:***

 Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 декабря 2011года №1691 «Об утверждении Правил хранения, транспортировки и использования профилактических (иммунобиологических, диагностических, дезинфицирующих) препаратов».

***Комментарий:*** Условия хранения медикаментов соответствует требованиям нормативных правовых актов.

***Доказательная база:***

Наличие письменной политики по условиям хранения медикаментов, журналы регистрации температуры и влажности в помещениях складов, холодильниках, акты СЭС, проверки вентиляционной системы и т.д.

Наличие приточно-вытяжной вентиляции, термо- и влагометров в местах хранения медикаментов

Персонал следит за соблюдением режимов в складских помещениях

***Критерий 11.14*** Температурный режим при хранении лекарственных средств и контрастных веществ отвечают требованиям производителя:

1) медицинские 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.

***Нормативная основа:***

 Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 декабря 2011года №1691 «Об утверждении Правил хранения, транспортировки и использования профилактических (иммунобиологических, диагностических, дезинфицирующих) препаратов».

***Комментарий:***

Температурный режим хранения лекарственных средств соответствует требованиям производителя, регламентируется требованиями соответствующих нормативных документов.

***Доказательная база:***

1.Условия соответствуют требованиям температурного режима хранения ЛС и контрастных веществ.

2. Имеются журналы регистрации температурного режима в холодильниках, журнал регистрации неполадок холодильного оборудования

3.Персонал знает о необходимых мерах, принимаемых при отклонении от требуемых условий.

## Стандарт 12.0 «ЗДОРОВЫЕ УСЛОВИЯ ТРУДА»

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

**Нормативная правовая основа:**

1. Трудовой кодекс Республики Казахстан от 15 мая 2007 года № 251-III;
2. Постановление Правительства Республики Казахстан от 13 сентября 2010 года № 932 «Об утверждении технического регламента «Требования к безопасности крови и ее компонентов, используемых в гемотрансфузионной терапии» и внесении изменения в постановление Правительства Республики Казахстан от 29 декабря 2009 года № 2243»;
3. Постановление Правительства Республики Казахстан от 12 января 2012 года № 33 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний»;
4. Постановление Правительства Республики Казахстан от 25 января 2012 года № 166 «Об утверждении перечня вредных производственных факторов, профессий, при которых проводятся обязательные медицинские осмотры, Правил проведения обязательных медицинских осмотров»;
5. Постановление Правительства Республики Казахстан от 3 февраля 2012 года № 202 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению радиационной безопасности»;
6. Постановление Правительства Республики Казахстан от 11 марта 2012 года № 308 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к радиационно-опасным объектам»;
7. Постановление Правительства Республики Казахстан от 28 октября 2011 года № 1219 «Об утверждении Типового положения о службе безопасности и охраны труда в организации»;
8. Постановление Правительства Республики Казахстан от 29 декабря 2007 года № 1400 «О системе оплаты труда гражданских служащих, работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий»;
9. Постановлению Правительства Республики Казахстан от 28 октября 2011 года № 1225 «Об утверждении Правил и сроков проведения обучения, инструктирования и проверок знаний по вопросам безопасности и охраны труда работников»;
10. Постановление Правительства Республики Казахстан от 17 января 2012 года № 87 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения»;
11. Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 января 2012 года № 172 «Об утверждении норм выдачи работникам специальной одежды, специальной обуви и других средств индивидуальной защиты за счет средств работодателя»;
12. Постановление Правительства РК от 16 апреля 2013 года № 364 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинфекции, дезинсекции и дератизации»;
13. Приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 16 июля 2007 года № 157-п «Об утверждении Правил разработки и утверждения инструкции по безопасности и охране труда работодателем»;
14. Приказ и.о. Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 31 июля 2007 года № 182-п «Об утверждении Списка производств, цехов, профессий и должностей, перечня тяжелых работ, работ с вредными (особо вредными) и (или) опасными условиями труда, работа в которых дает право на сокращенную продолжительность рабочего времени, дополнительный оплачиваемый ежегодный трудовой отпуск и на повышенный размер оплаты труда, а также Правил предоставления сокращенной продолжительности рабочего времени, дополнительного оплачиваемого ежегодного трудового отпуска и повышенного размера оплаты труда»;
15. Приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 3 марта 2009 года № 74-п «Об утверждении форм документов связанных с несчастным случаем на производстве»;

***Критерий 12.1*** Имеется программа гигиены труда и здоровья персонала с документированным процессом рассмотрения вопросов, связанных с условиями профессиональной деятельности и поддержкой здоровья персонала, которая включает:

1. биологический скрининг и профилактику риска профессионального заражения крови и жидких компонентов организма от вирусов, таких как гепатиты A, B и C;
2. обеспечение механическими подъёмными устройствами и обучение персонала методам обращения с ними;
3. профилактику получения травм иглой и повреждения глаз;
4. контроль радиационной безопасности;
5. реабилитацию персонала после болезни или травмы для скорейшего возвращения на рабочее место;
6. обеспечение удобным рабочим местом.

***Комментарии.***

Гигиена труда – комплекс санитарно-эпидемиологических мер и средств по сохранению здоровья работников, профилактике неблагоприятных воздействий производственной среды и трудового процесса.

На основании действующих законодательных актов МО разрабатывает программу гигиены труда, которая включает все вопросы по обеспечению безопасных условий труда, соблюдению персоналом правил техники безопасности, а также объем оказываемой медицинской помощи, проведение лечебных и реабилитационных мероприятий при возникновении профессионального заболевания или производственной травмы.

Согласно Постановлению Правительства Республики Казахстан от 28 октября 2011 года № 1219 «Об утверждении Типового положения о службе безопасности и охраны труда в организации» создается служба и определяются ответственные лица за безопасность и охрану труда в МО.

В качестве механических подъемных устройств возможно использование грузовых лифтов, носилок, каталок, инвалидных кресел и др.

Удобное рабочее место – наличие необходимого оснащения рабочих мест (мебель, оборудование и др.) с соблюдением санитарных норм для выполнения должностных обязанностей.

Профилактические осмотры обязательны для выявления факта и степени воздействия на работника вредных производственных факторов и определения необходимых реабилитационных мероприятий.

***Доказательная база.***

1. Программа гигиены труда и здоровья персонала организации;
2. правила рассмотрения вопросов, связанных с условиями профессиональной деятельности и поддержкой здоровья персонала;
3. журнал регистрации случаев заболеваний и травматизма;
4. инструкции по технике безопасности на рабочих местах;
5. наличие средств индивидуальной защиты;
6. наличие грузовых лифтов, носилок, каталок, инвалидных кресел;
7. средства радиационной защиты;
8. реабилитационные мероприятия для сотрудников;
9. журнал инструктажа сотрудников по технике безопасности.

***Критерий 12.2*** Медицинская организация предоставляет средства и услуги для обеспечения здоровья сотрудников, включающая:

1. аптечки оказания первой помощи;
2. срочный осмотр и лечение производственной травмы, включая уколы от неосторожного обращения с иглами и повреждения глаз;
3. контроль рабочей нагрузки и психологическая поддержка для минимизации стресса и его контроля.

***Комментарии.***

Аптечки оказания первой помощи доступны персоналу.

Персонал знает и владеет навыками оказания первой помощи (доврачебной и медицинской).

Руководство МО осуществляет контроль рабочей нагрузки и производит соответствующие выплаты согласно нормативным актам. Персоналу, работающему в тяжелых условиях, с вредными (особо вредными) и (или) опасными условиями труда оказывается психологическая поддержка (психолог, комната отдыха и др.).

***Доказательная база.***

1. Программа обучения персонала оказанию первой помощи;
2. алгоритмы оказания первой помощи при экстренных ситуациях (травмы, порезы, уколы);
3. аптечки первой помощи.

***Критерий 12.3*** Сотрудники обучаются правилам техники безопасности и ответственности за свое здоровье и безопасность, включая:

1) стратегии и процедуры по обеспечению охраны труда и безопасности на рабочем месте;

2) выявление и управление рисками на рабочем месте;

3) выявление и сообщение о происшествиях, авариях и несчастных случаях, в которых пациенты, персонал или кто-либо еще были травмированы или могли быть травмированы на рабочем месте либо при исполнении служебных обязанностей.

***Комментарии.***

Организация проводит обучение сотрудников безопасности и охране труда согласно Постановлению Правительства Республики Казахстан от 28 октября 2011 года № 1225 «Об утверждении Правил и сроков проведения обучения, инструктирования и проверок знаний по вопросам безопасности и охраны труда работников».

Инструкции по безопасности и охране труда для обучения разрабатываются в соответствии с Приказом Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 16 июля 2007 года N 157-п «Об утверждении Правил разработки и утверждения инструкции по безопасности и охране труда работодателем».

В программу обучения также включаются вопросы выявления и управление рисками на рабочих местах, выявление и сообщение о происшествиях, авариях и несчастных случаях.

***Доказательная база.***

1. Программа безопасности и охране труда;
2. программа управления рисками;
3. план обучения;
4. приказ о создании экзаменационной комиссии по проверке знаний по безопасности и охране труда сотрудников МО;
5. протокол заседания экзаменационной комиссии;
6. удостоверение или выписка из протокола заседания экзаменационной комиссии;
7. журнал регистрации инструктажа на рабочем месте.

***Критерий 12.4*** Медицинская организация ежегодно оценивает удовлетворенность сотрудников условиями труда, гарантируя, что:

1) персонал будет ознакомлен с результатами проведенного исследования;

2) будут приняты управленческие меры по результатам выявленных проблем.

***Комментарии.***

Для выявления потребности сотрудников в улучшении условий труда руководство изучает соответствие состояния места и условий работы путем опроса, анкетирования и обследования не реже одного раза в год. Результаты изучения и принятые решения по выявленным проблемам доводятся до сведения заинтересованного персонала.

***Доказательная база.***

1. Анкеты для оценки степени удовлетворенности сотрудников условиями труда;
2. результаты анкетирования, протокол обсуждения;
3. документы, подтверждающие принятие управленческих решений по выявленным проблемам.

**Управление рисками**

***Критерий 12.5*** Каждое подразделение использует системный процесс, чтобы:

1. выявлять и вести документальный учет фактических и потенциальных рисков (не менее одного раза в год);
2. оценивать степень и последствия выявленных рисков и ранжировать их по степени представляемых угроз;
3. применить надлежащий контроль по каждому значимому риску путем его устранения, изоляции, с целью снижения риска или сведения к минимуму его воздействия.

***Комментарии.***

Управление рисками – процесс, при котором осуществляется эффективное управление и контроль потенциальных опасностей.

Системный процесс управления рисками подразумевает принятый единый порядок выявления и контроля рисков в МО, проводимый регулярно согласно утвержденной процедуре.

Выявленные риски регистрируются в каждом структурном подразделении МО, а также ведется централизованный учет рисков ответственными лицами. По выявленным рискам принимается решение, назначаются ответственные лица с последующим предоставлением ими отчета о принятых мерах.

***Доказательная база.***

1. Программа управления рисками;
2. процедура выявления и оценки рисков;
3. документы по регистрации выявленных рисков и оценке степени представляемых ими угроз;
4. принятые меры по устранению или минимизации выявленных рисков;

***Критерий 12.6*** Персонал рассматривает значимые риски, которые были изолированы или сведены к минимуму, но не устранены в установленные сроки для выявленных рисков.

***Комментарии.***

Ответственные лица выделяют риски с высокой степенью представляемых угроз и/или невозможностью их полного устранения, либо не устранены в установленные сроки по объективным причинам. Ведется их анализ, мониторинг принятых мер и контроль ситуации.

***Доказательная база.***

 Документы, подтверждающие определение значимых рисков, их анализ и мониторинг.

***Критерий 12.7*** Информация об актуальных вопросах здоровья и безопасности персонала, включая информацию о рисках, вывешены на видном месте и доведены до сведения персонала и сотрудников, работающих на договорной основе.

***Комментарии.***

На видном месте вывешена информация о рисках для здоровья и безопасности персонала. Инструкции по безопасности, профилактические мероприятия по предупреждению заболеваний доведены до сведения персонала и сотрудников, работающих на договорной основе.

***Доказательная база.***

1. Инструкции по безопасности в доступных местах для персонала;
2. журнал инструктажа по технике безопасности.

***Критерий 12.8*** Персоналу, который подвергается потенциальным опасностям при выполнении своих служебных обязанностей, предоставляется соответствующая защитная одежда и снаряжение (спецодежда, фартуки, маски, перчатки, головные уборы, защитные очки, а для сотрудников радиологической службы, свинцово-резиновые фартуки).

***Комментарии.***

Организация обеспечивает специальными защитными средствами и одеждой сотрудников в соответствии с действующими нормативными актами.

С персоналом проводится инструктаж по использованию защитных средств.

***Доказательная база.***

1. Средства индивидуальной защиты имеются в наличии и в достаточном количестве;
2. журнал инструктажа по технике безопасности.

***Критерий 12.9*** Проводится регулярная (ежеквартальная, ежегодная) дезинсекция и дератизация помещений с обязательным документированием.

***Комментарии.***

Согласно Постановлению Правительства РК от 16 апреля 2013 года № 364 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинфекции, дезинсекции и дератизации» МО заключает договор на проведение дезинсекции и дератизации помещений с организациями, имеющими разрешение на данный вид деятельности. Проведение мероприятий документируются.

***Доказательная база.***

1. Договор на проведение дезинсекции и дератизации помещений с графиком;
2. акты выполненных работ.

**Инциденты, несчастные случаи и неблагоприятные события**

***Критерий 12.10*** Информация об инцидентах, несчастных случаях и неблагоприятных событиях, в том числе о потенциально опасных происшествиях и возникших профзаболеваниях:

1. предоставляется в соответствующей форме, доступной во всех местах и в установленные сроки;
2. записывается в медицинскую карту пациента или личное дело сотрудника;
3. в случае аварии регистрируется в журнале аварийных ситуаций;
4. сообщается в соответствующие органы при получении серьезной травмы работника или пациента;
5. вносится в централизованный журнал регистрации инцидентов для последующего анализа;
6. оперативно расследуются согласно установленной процедуре.

***Комментарии.***

Инцидент – связанное с работой событие (я), в ходе которого возникает или может возникнуть травма или ухудшение состояния здоровья (вне зависимости от их тяжести) или смерть (СТ РК OHSAS 18001-2008 «Системы менеджмента профессиональной безопасности и здоровья»).

Несчастный случай – воздействие на работника вредного и (или) опасного производственного фактора при выполнении им трудовых (служебных) обязанностей или заданий работодателя, в результате которого произошли производственная травма, внезапное ухудшение здоровья или отравление работника, приведшие его к временной или стойкой утрате трудоспособности, профессиональному заболеванию либо смерти (Трудовой Кодекс РК).

Неблагоприятное событие – возникновение проблемы, которая может закончиться, а может и не закончиться ухудшением состояния, нанесением вреда либо смертью пациента или пользователя.

Все инциденты, несчастные случаи и неблагоприятные события с вовлечением пациентов, посетителей и персонала оформляются в соответствии с Приказом Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 3 марта 2009 года № 74-п «Об утверждении форм документов связанных с несчастным случаем на производстве» и докладываются по системе оповещения (схема). Способ сообщения: служебные записки, электронные письма, телефонные звонки и личный контакт, компьютерная программа.

Проводится оперативное расследование случая с адекватным решением проблемы.

***Доказательная база.***

1. Правила оповещения, регистрации, расследования инцидентов, несчастных случаев и профессиональных заболеваний;
2. лист ознакомления с Правилами;
3. схема оповещения об инцидентах, несчастных случаях и неблагоприятных событиях, в том числе о потенциально опасных происшествиях и возникших профзаболеваниях;
4. документы, подтверждающие регистрацию, расследование инцидентов, запись в медицинских картах пациентов или личных делах сотрудников (журнал регистрации несчастных случаев и иных повреждений здоровья на производстве, протоколы расследований и др.).

***Критерий 12.11*** Результаты расследования инцидентов, несчастных случаев и неблагоприятных событий:

1. проанализированы с целью выявления причины происшествия;
2. передаются соответствующей комиссии или подразделению, и используются для улучшения процессов или дополнительного обучения персонала;
3. доведены до сведения персонала, вовлеченного пациента или его семьи.

***Комментарии.***

В МО определены ответственные лица по расследованию и анализу инцидентов, несчастных случаев и неблагоприятных событий. Результаты анализа передаются в соответствующие комиссии (КИК, КИЛИ и др.), которые используют результаты для улучшения процессов или дополнительного обучения персонала. Ответственные лица доводят результаты анализа до сведения персонала, вовлеченного пациента или его семьи.

***Доказательная база.***

1. Журнал регистрации несчастных случаев и иных повреждений здоровья на производстве;
2. документы, подтверждающие расследование, анализ инцидентов.

***Критерий 12.12*** Данные об инцидентах, несчастных случаях и потенциально опасных происшествиях рассматриваются не реже одного раза в год с целью выявления тенденций, а информация предоставляется руководству и сотрудникам, для возможности дальнейшего использования с целью предотвращения травматизма или вреда.

***Комментарии.***

Составляются ежеквартальные и ежегодные отчеты с целью выявления проблемных участков, которые представляются руководству. По результатам отчетов руководитель принимает управленческие решения.

***Доказательная база.***

1. Отчеты об инцидентах, несчастных случаях и неблагоприятных событиях;
2. управленческие решения.

##

## Стандарт 13.0 «БЕЗОПАСНОСТЬ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ»

**Для удовлетворения диетических и медицинских потребностей пациентов обеспечиваются безопасные продукты питания.**

**Нормативная правовая база:**

1. Закон Республики Казахстан от 21 июля 2007 года № 301-III «О безопасности пищевой продукции»;
2. Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 декабря 2011 года № 1665 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам общественного питания»;
3. Постановление Правительства РК от 26 января 2002 года N 128 «Об утверждении натуральных норм на питание и минимальных норм оснащения мягким инвентарем государственных организаций здравоохранения республики»;
4. Постановление Правительства Республики Казахстан от 14 сентября 2010 года № 935 «Об утверждении технического регламента «Требования к безопасности пищевой продукции, предназначенной для детей и подростков»;
5. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 апреля 2002 года № 343 «Об организации лечебного питания в лечебно-профилактических организациях»;
6. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 сентября 2010 года № 755 «Об утверждении санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям хранения и срокам реализации скоропортящихся пищевых продуктов»;
7. Санитарные нормы и правила «Условия, сроки хранения особо скоропортящихся продуктов» № 4.01.013.97\*;
8. СНиП РК 3.02-08-2010 «Лечебно-профилактические учреждения»;

***Критерий 13.1*** Запасы продуктов питания для составления сбалансированного меню для пациентов имеются в достаточном количестве, на них указаны сроки годности и условия хранения.

***Комментарии.***

Расчет натуральных норм питания на одного больного соответствующего клинического подразделения осуществляется на основании действующих нормативных актов. В МО имеется необходимый набор и запас продуктов питания, соответствующих гигиеническим требованиям и обеспечивающий полноценное питание пациентов, в том числе приготовление основных диетических столов. Соответствующие документы удостоверяют качество и безопасность продуктов питания с указанием даты выработки, сроков и условий хранения.

***Доказательная база.***

1. Информация из клинических подразделений о количестве больных с указанием номеров диетических столов (Порционные требования);
2. карточка-раскладка;
3. меню-порционник;
4. меню;
5. журнал по отбраковке консервов на складе и пищеблоке;
6. журнал по контролю за доброкачественностью особо-скоропортящихся продуктов, поступающих на пищеблок;
7. осмотр на наличие запасов продуктов питания.

***Критерий 13.2*** Хранение, обработка, приготовление и распределение продуктов питания проводится согласно санитарно-гигиеническим требованиям, правилам и руководствам:

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.

***Комментарии.***

Условия хранения продуктов питания соответствуют требованиям действующего законодательства.

Маркировка – текст, товарные знаки, условное обозначение и рисунки, несущие информацию для потребителя и нанесенные на пищевую продукцию, документы, памятки (листы-вкладыши), этикетки, ярлыки, наклейки (стикеры), потребительская тара (упаковка).

Сырые и готовые продукты хранятся в раздельных холодильниках.

На объектах питания малой производительности, имеющих одну холодильную камеру, допускается совместное кратковременное хранение пищевых продуктов на отдельных полках, стеллажах.

Для хранения, транспортировки и поддержания безопасной температуры пищи до и во время распределения используется специальное оборудование (тележка-термос, термос, плотно закрывающаяся посуда, мармитная тележка).

***Доказательная база.***

1. Инструкции по хранению и обработке продуктов питания;
2. осмотр условий хранения продуктов питания.

***Критерий 13.3*** 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.

***Комментарии.***

На пищеблоке имеются холодильники и морозильники, в которых соблюдается температурный режим. Ежедневно заполняются журналы регистрации температурного режима в холодильных установках, ведется журнал регистрации отклонений показателей от нормы и меры, предпринятые по их устранению, технических осмотров.

Персонал знает о действиях при нарушении работы холодильных и морозильных установок.

***Доказательная база.***

1. Правила хранения продуктов питания на пищеблоке;
2. журнал регистрации температурного режима холодильных и морозильных установок;
3. инструкция по мероприятиям, проводимым при отклонении температуры от нормы.

***Критерий 13.3*** Все помещения в медицинской организации соответствуют санитарным нормам и правилам, содержатся в чистоте, без насекомых и грызунов, разделены по функциональным зонам, таким как, раздача пищи и мытье посуды.

***Комментарии.***

Помещения пищеблока соответствуют предъявляемым требованиям, разделены на функциональные зоны. Примеры функциональных зон: производственная (для обработки сырья, заготовки полуфабрикатов, приготовления пищи); складская (для хранения пищевых продуктов, тары); раздачи пищи (буфетные); административно-бытовая.

***Доказательная база.***

1. Заключения ДГСЭН;
2. план проведения дезинсекции и дератизации;
3. договор на проведение дезинсекции и дератизации помещений с графиком;
4. акты выполненных работ.

***Критерий 13.5*** Пищеблок регулярно проверяется на наличие:

1. работающего кухонного оборудования и техники для приготовления пищи;
2. маркировки инвентаря в соответствии с его предназначением;
3. отдельных разделочных столов, ножей и досок для резки сырых и вареных продуктов;
4. удобных столов для различных видов работ;
5. отдельных раковин для мытья овощей и посуды;
6. планировка дает возможность разделения функций;
7. помещения содержатся в чистоте и отвечают санитарно-гигиеническим требованиям.

*Примечание:*

*Столы для работы с продуктами должны быть из нержавеющей стали или прочного алюминия.*

*Столы из оцинкованного железа с закругленными углами используются только для разделки сырого мяса.*

***Комментарии.***

Ответственными лицами МО осуществляется регулярная проверка пищеблока на соответствие требованиям нормативных документов.

***Доказательная база.***

1. График проверок пищеблока;
2. акты проверок пищеблока;
3. документы, подтверждающие возложение ответственности за регулярную проверку пищеблока;
4. акты проверок оборудования и техники;
5. заключения ДГСЭН.

***Критерий 13.6*** Квалифицированный врач- диетолог или диетсестра осуществляют надзор за приготовлением блюд диетических столов для пациентов, руководствуясь специальной литературой по приготовлению основных диетических столов.

*Примечание:*

*Стол № 1 - язва желудка и двенадцатиперстной кишки*

*Стол № 5 – хронический и острый гепатит, хронический холецистит, желчнокаменная болезнь*

*Стол № 7 – хроническое и острое почечное заболевание*

*Стол № 9 - сахарный панкреатический диабет*

*Стол № 10 – заболевания сердечнососудистой системы*

*Стол № 11 - туберкулёз лёгких, заболевания легких*

*Стол № 13 - острые инфекционные заболевания*

*Стол № 15 – общий стол*

***Комментарии.***

В МО имеется врач-диетолог или диетсестра, прошедшие специальное обучение. При приготовлении основных диетических столов для пациентов согласно профилю коек используется специальная литература.

***Доказательная база.***

1. Документы, подтверждающие квалификацию врача-диетолога и/или диетсестры;
2. должностные инструкции;
3. наличие специальной литературы по приготовлению основных диетических столов.

***Критерий 13.7*** Осуществляется контроль качества приготовленных блюд с целью:

1. оценки и регистрации данных о вкусе, цвете, аромате, структуре и температуре готовых блюд перед их подачей;
2. оценки качества скоропортящихся продуктов.

***Комментарии.***

Для оценки органолептических показателей и качества блюд в МО создается бракеражная комиссия. Результаты оценки регистрируются в журнале бракеража готовой пищи (в бракеражном журнале готовых блюд необходимо отмечать закладку основных продуктов, снятие пробы и разрешение на выдачу).

***Доказательная база.***

* + - 1. приказ о создании бракеражной комиссии;
			2. положение о бракеражной комиссии;
			3. журнал по контролю за доброкачественностью особо-скоропортящихся продуктов, поступающих на пищеблок;
			4. журнал по контролю за качеством готовой пищи (бракеражный);
			5. заключения ДГСЭН.

***Критерий 13.8*** Механизм по контролю и учету переводов пациентов в другое отделение обеспечивает предоставление им блюд диетических столов в соответствии с назначением.

***Комментарии.***

Назначение лечебного питания производится лечащим врачом.

В МО разработаны Правила перевода пациентов из одного отделения в другое, где учтено предоставление им блюд диетических столов.

***Доказательная база.***

1. Порядок выписки питания для больных в лечебно-профилактической организации;
2. правила перевода пациентов из одного отделения в другое, где учтено предоставление им блюд диетических столов.

##

## Стандарт 14.0 «ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ»

**Организация проводит контроль и профилактику инфекционных заболеваний.**

**Нормативная правовая база:**

1. Постановлению Правительства Республики Казахстан от 12 января 2012 года № 33 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний»;
2. Постановление Правительства Республики Казахстан от 17 января 2012 года № 87 «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения»;
3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 января 2013 года № 19 «Об утверждении Правил проведения инфекционного контроля в медицинских организациях»;
4. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 ноября 2009 года № 706 «О некоторых вопросах регистрации инфекционных, паразитарных, профессиональных заболеваний и отравлений»;
5. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 июля 2010 года № 498 «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи в медицинских организациях по охране здоровья матери и ребенка»;

***Критерий 14.1*** Медицинская организация разрабатывает программу по инфекционному контролю:

1. для профилактики и снижения распространения внутрибольничной инфекции;
2. с привлечением различных специалистов к ее разработке и мониторингу;
3. для всех структурных подразделений.

***Комментарии.***

Цель программы профилактики инфекционных заболеваний состоит в том, чтобы выявить и снизить риски приобретения и передачи инфекций среди пациентов, сотрудников медицинской организации (МО), посетителей и других лиц, связанных с МО.

Программа разрабатывается комиссией инфекционного контроля с привлечением различных специалистов и утверждается руководителем МО. Состав комиссии и разделы, которые должна включать Программа, определены Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 января 2013 года № 19 «Об утверждении Правил проведения инфекционного контроля в медицинских организациях».

***Доказательная база.***

* + - 1. Приказ о создании Комиссии инфекционного контроля;
			2. положение о комиссии инфекционного контроля;
			3. программа инфекционного контроля.

***Критерий 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.

***Комментарии.***

Комиссия действует согласно положению о комиссии и утвержденной программе инфекционного контроля в соответствии с Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 января 2013 года № 19 «Об утверждении Правил проведения инфекционного контроля в медицинских организациях». В положении о комиссии определяются как задачи всей комиссии, так и функции каждого члена комиссии. Кроме того, приказом руководителя утверждаются ответственные лица за обеспечение инфекционного контроля во всех подразделениях медицинской организации.

***Доказательная база.***

1. Приказ о создании Комиссии инфекционного контроля;
2. положение о комиссии инфекционного контроля;
3. программа инфекционного контроля;
4. приказ руководителя об утверждении ответственных лиц за обеспечение инфекционного контроля в подразделениях медицинской организации.

***Критерий 14.3*** Программа инфекционного контроля реализуется квалифицированными специалистами (медицинские сестры и/или врачи), в чьи должностные обязанности должны входить:

1. реализация программы инфекционного контроля, учитывая рекомендации и замечания сотрудников и пациентов, 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.

***Комментарии.***

Реализация программы инфекционного контроля в МО возложена на квалифицированных специалистов, что закреплено должностными инструкциями.

***Доказательная база.***

1. ДИ ответственных лиц за реализацию программы инфекционного контроля;
2. программа инфекционного контроля.

***Критерий 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.

***Комментарии.***

Сбор, сравнение и анализ информации о выявленных случаях инфекций, оценка эффективности мероприятий и показателей по инфекционному контролю проводятся в соответствии с требованиями Приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 января 2013 года № 19 «Об утверждении Правил проведения инфекционного контроля в медицинских организациях».

***Доказательная база.***

1. СОП (выявление, меры реагирования, регистрация, оповещение государственных органов по инфекционному надзору);
2. журнал учета инфекционных заболеваний;
3. экстренные извещения;
4. проведенные эпидемиологические расследования;
5. анализ выявленных случаев инфекции;
6. микробиологический мониторинг;
7. протоколы заседания Комиссии и принятые решения.

***Критерий 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 амбулаторных карт пациентов, лабораторных отчетов и записей о назначении лекарственных средств;
3. лабораторные анализы культур из взятых проб и смывов от намеченных участков с возможным риском инфекции;
4. уведомления, выдаваемые медицинскому персоналу.

***Комментарии.***

Анализ рисков инфекции, методов инфекционного контроля и потребностей персонала в обучении проводится специалистами инфекционного контроля в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 января 2013 года № 19 (п.8) «Об утверждении Правил проведения инфекционного контроля в медицинских организациях».

Уведомление персонала – носителю возбудителей инфекционных заболеваний; на время обследования и лечения носители переводятся на работу, где они не могут представлять эпидемиологической опасности.

***Доказательная база.***

* + - 1. Положение о Комиссии инфекционного контроля (КИК);
			2. план работы КИК;
			3. отчеты членов КИК (анализ рисков инфекции).

***Критерий 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.

***Комментарии.***

Меры реагирования в случае возникновения инфекции проводятся в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 января 2013 года № 19 «Об утверждении Правил проведения инфекционного контроля в медицинских организациях». Случай ВБИ определяется комиссионно на основании данных эпидемиологической диагностики согласно п.9 указанного приказа.

Экстренные извещения направляются в гос. органы СЭС в соответствии Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 ноября 2009 года № 706 «О некоторых вопросах регистрации инфекционных, паразитарных, профессиональных заболеваний и отравлений» (п.14).

***Доказательная база.***

* + - 1. СОП (выявление, меры реагирования, регистрация, оповещение государственных органов по инфекционному надзору);
			2. журнал учета инфекционных заболеваний;
			3. экстренные извещения;
			4. отчет по принятым мерам;
			5. проведенные эпидемиологические расследования;
			6. результаты лабораторного обследования персонала медицинской организации и пациентов на наличие возбудителей инфекционных заболеваний;
			7. анализ выявленных случаев инфекции;
			8. протоколы заседания Комиссии и принятые решения.

***Критерий 14.7*** Лабораторный и медицинский персонал, а также медицинские работники, имеющие право назначать лекарственные препараты, работают совместно и с сообществом 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.

***Комментарии.***

В медицинской организации разработана программа инфекционного контроля, которая предусматривает организацию и осуществление микробиологического мониторинга, антибиотикопрофилактику и тактику антибиотикотерапии.

Ведется регистрация выявленных новых и резистентных штаммов инфекции, имеется механизм реагирования (инструкция), ведется контроль за назначением и применением антимикробных средств (анализ часто применяемых средств, показаний, соблюдение режимов и доз).

***Доказательная база.***

1. СОП для микробиологической лаборатории и медицинского персонала по реагированию при выявлении новой и резистентной флоры;
2. микробиологический мониторинг;
3. стратегия назначения антибиотиков.

***Критерий 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.

***Комментарии.***

Специалисты, ответственные за инфекционный контроль, разрабатывают программы обучения и подготовки медперсонала по вопросам инфекционного контроля, алгоритмы эпидемиологически безопасного выполнения лечебных и диагностических процедур, санитарно-противоэпидемического режима.

Специалисты инфекционного контроля проводят обучение и инструктаж персонала медицинских организаций (как медицинского, так и немедицинского) при приеме на работу и ежегодно по технике безопасности согласно составленной и утвержденной программы обучения.

***Доказательная база.***

1. Программа инструктажа и обучения персонала по инфекционному контролю, включая политики, правила и процедуры;
2. документы, подтверждающие проведение занятий и инструктажа с персоналом по вопросам инфекционного контроля.

***Критерий 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 возможно зараженными биологическими жидкостями;
4. после снятия перчаток.

***Комментарии.***

Медицинский персонал обрабатывает руки перед каждой медицинской манипуляцией.

В соответствии с Постановлением Правительства Республики Казахстан от 17 января 2012 года № 87 (пп.73, 200) «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения» все подразделения с наиболее вероятным риском инфицирования пациентов оборудуются раковинами с подводкой горячей и холодной воды с установкой локтевых кранов, локтевых дозаторов с жидким антисептическим мылом и растворами антисептиков.

С целью профилактики внутрибольничной инфекции Приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 июля 2010 года № 498 «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи в медицинских организациях по охране здоровья матери и ребенка» определен порядок соблюдения гигиены рук при выполнении манипуляций.

В медицинской организации разработан стандарт операционной процедуры (СОП) по гигиене рук, который имеется во всех подразделениях, доступен для каждого сотрудника, алгоритм обработки рук имеется во всех местах для мытья рук.

Техника мытья рук основана на рекомендациях Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «Руководство по гигиене рук».

Персонал обучен технике мытья рук.

***Доказательная база.***

1. СОП по гигиене рук.

***Критерий 14.10*** Стандартные инструкции и диаграммы по мытью и дезинфицированию рук размещены во всех отделениях и в местах пребывания пациентов и над умывальниками.

***Комментарии.***

Наглядные настенные пособия по технике мытья рук, мыло, дезинфицирующие средства, полотенца или другие средства сушки расположены в тех местах, где моют и дезинфицируют руки.

***Доказательная база.***

1. Программа гигиены рук;
2. наличие моющих средств;
3. дозаторы локтевые с антисептиками, локтевые краны;
4. инструкции по мытью рук.

***Критерий 14.11*** Персонал следует документированным процедурам и графикам в целях:

1. предоставления безопасной и соответственной очистки всех больничных поверхностей;
2. очистки, дезинфекции и стерилизации оборудования, материалов и медицинских приборов в соответствии с инструкциями производителя;

сбора, транспортировки, обработки и хранения грязного и чистого белья для того, чтобы предотвратить заражение и инфицирование.

***Комментарии.***

В медицинской организации соблюдается режим уборки, текущей и заключительной дезинфекции в помещениях. Разработаны СОП по уборке помещений, сбору, транспортировке, обработке и хранению грязного и чистого белья, очистке материалов и медицинских приборов, дезинфекции и стерилизации оборудования в соответствии с инструкциями производителя.

***Доказательная база.***

1. СОП по обработке поверхностей;
2. СОП по очистке, дезинфекции и стерилизации оборудования и медицинских приборов;
3. СОП по сбору, транспортировке, обработке и хранению грязного и чистого белья;
4. графики проведения уборок.
5. результаты микробиологических исследований смывов с поверхностей, оборудования, заключения СЭС.

***Критерий 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.

***Комментарии.***

В МО четко разделены «грязные» и «чистые» помещения в зонах, где требуется строгое соблюдение санитарно-противоэпидемического режима.

***Доказательная база.***

1. Инструкции по соблюдению «грязных» и «чистых» участков в режимных зонах.

***Критерий 14.13*** Коэффициент внутрибольничных инфекций:

1. оценивается за определенный период времени;
2. анализируется для возможных действий;
3. доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.

***Комментарии.***

МО выявляет и регистрирует случаи внутрибольничных инфекций (ВБИ), проводит анализ заболеваемости ВБИ, установление причин их возникновения, выявление факторов риска, расследование вспышек ВБИ и принятие соответствующих мер по ликвидации.

С целью оценки и контроля ситуации и принятия управленческих решений рассчитывается коэффициент внутрибольничных инфекций за определенный период времени:

числитель – количество зарегистрированных случаев с внутрибольничной инфекцией\*100;

знаменатель – количество выписанных пациентов в отчетном периоде.

Для расчета коэффициента используются зарегистрированные случаи ВБИ в журнале учета инфекционных заболеваний.

Служба внутреннего аудита проводит мониторинг показателя в динамике. Включает результаты мониторинга в отчеты.

***Доказательная база.***

1. Методика расчета коэффициента ВБИ;
2. журнал учета инфекционных заболеваний;
3. отчет КИК по ВБИ.

***Критерий 14.14*** Коэффициент персонала, прошедшего обучение по гигиене рук:

1. оценивается за определенный период времени;
2. анализируется для возможных действий;
3. доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.

***Комментарии.***

Заведующие структурными подразделениями являются ответственными за расчет данного индикатора.

Коэффициент персонала, прошедшего обучение по гигиене рук, рассчитывается по формуле, где в числителе – количество сотрудников, обученных гигиене рук за определенный период времени\*100,

в знаменателе – количество сотрудников, обучение которых запланировано в течение определенного периода времени.

Служба внутреннего аудита агрегирует результаты в единую базу, проводит мониторинг показателей в динамике. Включает результаты мониторинга в отчеты.

***Доказательная база.***

1. Методика расчета коэффициента;
2. программа обучения и планы обучения гигиене рук;
3. методические разработки;
4. отчет КИК.

***Критерий 14.15*** Коэффициент реализации соответствующей практики гигиены рук в организации:

1. оценивается за определенный период времени;
2. анализируется для возможных действий;
3. доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.

***Комментарии.***

Заведующие структурными подразделениями являются ответственными за расчет данного индикатора.

Для подсчета данного индикатора необходимо проводить наблюдение за практикой гигиены рук в МО.

Числитель – количество случаев правильного выполнения техники гигиены рук в организации за определенный период времени\*100.

Знаменатель – общее количество всех случаев выполнения техники гигиены рук в организации за определенный период времени.

Пороговое значение 100%. МО стремится к тому, чтобы во всех случаях персонал правильно выполнял технику гигиены рук.

***Доказательная база.***

1. Методика расчета коэффициента;
2. отчет КИК.

**Управление отходами**

***Критерий 14.16*** Помещение медицинской организации должно содержаться чистым и свободным от мусора и других отходов при помощи:

1. достаточного количества закрытых мусорных контейнеров для пациентов и персонала;
2. регулярного опустошения контейнеров от мусора.

***Комментарии.***

В МО контейнеры для сбора отходов расположены по территории организации согласно установленным санитарным нормам и правилам. Контейнеры расположены на площадках, удобных для подъезда автотранспорта и проведения погрузочно-разгрузочных работ.

***Доказательная база.***

1. Правила обращения с медицинскими отходами;
2. СОП по сбору и хранению медицинских отходов;
3. договор с организацией, утилизирующей отходы, на вывоз мусора;
4. акты выполненных работ.

***Критерий 14.17*** Отходы собираются, сортируются и хранятся по видам отходов в контейнерах, которые:

1. имеют четкую маркировку и разный цвет для разных видов отходов;
2. имеют плотно закрывающиеся крышки;
3. запираются, если в них клинические отходы;
4. регулярно опустошаются, очищаются и дезинфицируются;
5. расположены на платформах, удобных для выгрузки и погрузки мусора;
6. находятся вдали от лабораторий.

***Комментарии.***

Отходы собираются, сортируются и хранятся по видам отходов. Контейнеры для сбора отходов разных классов обладают легкоразличимыми отличиями (маркированы). Контейнеры для сбора клинических отходов запираются на замок.

***Доказательная база.***

1. Правила обращения с медицинскими отходами;
2. СОП по сбору и хранению медицинских отходов;
3. помещение для временного хранения отходов;
4. маркированные контейнеры.

***Критерий 14.18*** Персонал, имеющий дело с опасными материалами и отходами:

1. прошел надлежащий инструктаж, обучение и получил информацию о рисках, связанных с такой работой;
2. выполняет документально оформленные стратегии и процедуры в целях безопасного управления отходами;
3. снабжен защитной экипировкой и спецодеждой, соответствующей рискам.

***Комментарии.***

Для работы с медицинскими отходами персонал проходит медицинский осмотр, обучение и инструктаж правилам эпидемической безопасности при обращении с отходами, обеспечивается комплектами спецодежды и средствами индивидуальной защиты (халаты, комбинезоны, перчатки, маски, респираторы, специальная обувь, фартуки, нарукавники).

***Доказательная база.***

1. Правила обращения с медицинскими отходами;
2. СОП по сбору и хранению медицинских отходов;
3. инструкции по соблюдению техники безопасности при работе с отходами;
4. спецодежда и средства индивидуальной защиты для работы с медицинскими отходами;
5. журнал инструктажа по технике безопасности.

# РАЗДЕЛ D: ЛЕЧЕНИЕ И УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ

## Стандарт 15.0 «ПРАВА ПАЦИЕНТА И СЕМЬИ»

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

***Критерий 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. свободу от притеснений, эксплуатации и физического насилия;
3. неприкосновенность частной жизни;
4. конфиденциальность и приватность информации;
5. охрану и безопасность;
6. полную информированность;
7. принятие информированного решения;

подачу жалобы/обращения

***Комментарии:***

 Медицинская организация реализует политику по защите прав пациентов и их семей в соответствии с Конституцией Республики Казахстан (ст. 29) и Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (ст. 91,92).

Информация о правах и обязанностях пациента (на государственном и русском языках) должна быть размещена в местах пребывания пациента (Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 сентября 2011 года № 617 «Об утверждении Инструкции по организации деятельности приемного отделения медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь», Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 августа 2012 года № 557 «Об утверждении Инструкции о деятельности регистратуры  организации, оказывающей амбулаторно-поликлиническую помощь»).

 Разработаны правила и процедуры по реализации прав пациента и его семьи при нахождении в медицинской организации.

 Информацию о своих правах и обязанностях пациенты, родственники, посетители могут получить путем изучения информационных стендов, брошюр, буклетов, просмотра видеороликов, программы обучения, при общении с персоналом.

 ***Доказательная база:***

.Правила и процедуры

2. Информационные стенды, их месторасположение, доступность.

3.Интервью пациентов

4.Буклеты, брошюры, видеоролики.

 ***Критерий 15.2*** В приемном отделении, в местах ожидания и в других местах пребывания пациентов выставлена информация:

1. о правах пациентов на государственном и русском языках;
2. об объеме оказываемых услуг и наличия медицинского оборудования;
3. о перечне услуг, предоставляемых на бесплатной основе, также прейскурант платных услуг;

о процедуре подачи жалоб/обращений и предложений.

***Комментарии:***

 Медицинская организация представляет информацию в доступной форме о правах пациента, об объеме оказываемых услуг на бесплатной основе, в рамках ГОБМП, прейскуранте платных услуг, наличии медицинского оборудования, квалификации персонала, процедуре подачи жалоб.

 Информация размещена в местах пребывания пациента, доступна для чтения и понимания.

 Если в предыдущем критерии (15.1) требование относилось к размещению, то в данном критерии (15.2) требованием относится к содержанию информации для пациента, его родственников, посетителей.

 ***Нормативная основа***:

 Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с [изменениями и дополнениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1001176508) по состоянию на 15.04.2013 г.); Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 февраля 2011 года № 70 «О создании Общественного совета по защите прав пациентов в области здравоохранения» (с [изменениями и дополнениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1002393069" \t "_parent) по состоянию на 26.02.2013 г.); Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 28 февраля 2012 года № 123 «О Комиссиях по рассмотрению обращений граждан в сфере здравоохранения при Общественном совете по защите прав пациентов в области здравоохранения»; Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 февраля 2013 года № 109 «О внесении изменения в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 февраля 2011 года № 70 «О создании Общественного совета по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения Республики Казахстан».

***Доказательная база:***

1. Информационные стенды их месторасположение, доступность.

2.Интервьюирование пациентов

4. Перечень платных услуг, с прейскурантом цен

5.Информация по правам пациентов (буклеты, памятки)

5. Перечень оказываемых услуг в рамках ГОБМП

 ***Критерий 15.3*** В медицинской организации имеется процедура:

1. обучения персонала по правам пациента и семьи;
2. мониторинга знаний и соблюдения персоналом прав пациента и семьи;
3. информирования пациентов и их семей с правами и обязанностями;

неотложного и эффективного расследования и разрешения предполагаемых случаев нарушения прав пациента.

 ***Комментарии:***

В медицинской организации разработана и утверждена программа обучения, на основании которой составляется ежегодный план обучения персонала по защите прав пациента и его семьи.

 Уровень знаний и соблюдение персоналом прав пациентов регулярно оценивается (тестирование персонала, наблюдение за действиями персонала, анкетирование и др.).

Разработана и внедрена документированная процедура реагирования на итоги оценки (тестирования), а также расследования предполагаемых (потенциальных) и фактических случаев нарушения прав пациентов и их семей.

Процедура информирования пациентов и его семей о том, что в организации будут соблюдены его права, включает методы информирования и виды информации.

 ***Доказательная база:***

1. Правила и процедуры;

2. Программа обучения сотрудников по соблюдению прав пациента и его родственников.

3. План обучения.

4. Учебно-методические документы (презентации, плакаты и т.д.)

5. Документы, подтверждающие проведение систематической оценки знаний и соблюдения персоналом прав пациента и его семьи (тестирование, анкетирование, процедура и результаты расследования случаев нарушения прав пациента и др.)

 ***Критерий 15.4*** Медицинская 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. предоставления пациентам возможности приватного общения с другими;
5. обеспечения того, что пациенты получают консультацию и услуги конфиденциально;

выполнения любого медицинского вмешательства только в присутствии тех лиц, которые необходимы для данного вмешательства, с согласия пациента и с учетом его пожеланий

***Комментарии:***

 Одной из ценностей медицинской организации является сохранение врачебной тайны. Для обеспечения принципов неприкосновенности и конфиденциальности информации о пациенте в медицинской организации разработаны правила и процедуры.

 Проводится обучение персонала по защите персональных сведений о пациенте.

 Информация о пациенте может храниться в бумажной или электронной форме. Сотрудник поддерживает конфиденциальность информации, касающейся пациента, не оставляет документированную информацию

 в доступном месте для посторонних лиц, не ведет обсуждение проблем пациента в общественных местах.

 Сотрудники осведомлены о нормативно-правовых документах, регулирующих конфиденциальность информации.

 ***Нормативная основа:***

 Конституция Республики Казахстан (Ст. 29), Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изм. и дополн., по состоянию на 10.07.2012 г.) (Ст. 28, 91,92), Постановление Правительства РК от 1 ноября 2011 г. №1263 «Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи и Правил прикрепления граждан к организациям первичной медико-санитарной помощи»;

 ***Доказательная база:***

1. Правила защиты персональной информации о пациенте

2.Правила хранения медицинской карты

3.Программа обучения персонала по вопросам обеспечения приватности и конфиденциальности данных о пациентах

4. Правила информирования пациентов об услугах диагностики и лечения

**Средства для удобства пациента и его семьи**

 ***Критерий 15.5*** Медицинская организация обеспечивает для пациентов благоприятные условия для пребывания и встреч с посетителями посредством:

1. наличия площадок, оборудованных навесами и 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;

наличия места рядом с пациентом, оборудованного для родственника или лица, осуществляющего уход.

 ***Комментарии:***

Пациентоориентированность медицинского обслуживания – это основной принцип медицинского обслуживания, рекомендованный международными организациями по качеству в здравоохранении.

Медицинский персонал понимает, что эффективность лечения зависит также и от встреч пациента с родственниками, друзьями, от качественного ухода с участием родственника или другого лица.

***Нормативная основа:***

1. Кодекс Республики Казахстан
«О здоровье народа и системе здравоохранения» (с [изменениями и дополнениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1001176508) по состоянию на 15.04.2013 г.);
2. Постановление Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2011 года № 1464  «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи»;
3. Постановление Правительства РК от 6 декабря 2011 г. №1472 «Об утверждении Правил оказания стационарозаме-щающей помощи»;
4. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 сентября 2011 года № 617 «Об утверждении Инструкции по организации деятельности приемного отделения медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь»

  ***Доказательная база:***

1. Осмотр территории, помещений, мест для отдыха.

2.Анкетирование посетителей и пациентов

3. Гибкий график посещения больных

4. правила внутреннего распорядка

 ***Критерий 15.6*** Для пациентов с ограниченной подвижностью имеются вспомогательные средства для передвижения, поручни и перила, инвалидные кресла, костыли и трости, а также предоставляется персонал для помощи таким пациентам.

 ***Комментарии:***

В соответствии с Законом Республики Казахстан «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан (с изменениями и дополнениями по состоянию на 06.01.2011 г.), Постановлением Правительства РК № 87 от 17.01.2012 г. «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения» и Постановлением Правительства Республики Казахстан от 31 января 2007г №74 «Об использовании целевых текущих трансфертов, предусмотренных в республиканском бюджете на 2007 год на обеспечение нуждающихся инвалидов обязательными гигиеническими средствами и предоставление услуг специалистами жестового языка, индивидуальными помощниками в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида», медицинская организация обеспечивает пациентов с ограниченными возможностями вспомогательными средствами, поручнями, перилами, инвалидными креслами, пандусами.

 ***Доказательная база:***

1. Правила ухода за пациентами высокого риска

2.Правила обеспечения безопасности пациентов

3. Программа управления рисками

4.Осмотр территории, помещений медицинской организации

5.Опрос пациентов

6. Опрос персонала

**Информация для пациентов и получение их согласия**

 ***Критерий 15.7***

 Пациентам и их семьям предоставляется адекватная информация в доступной форме:

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

 ***Комментарии:***

В медицинской организации разработаны правила и документированные процедуры по информированию пациента и его семьи о состоянии пациента, прогнозе, альтернативных методах лечения для принятия ими решений. Информирование пациента и его родственников отражается в медицинской карте пациента.

***Нормативная основа:***

1. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» *(с*[изменениями и дополнениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1001176508)*по состоянию на 15.04.2013 г.);*
2. Постановление Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2011 года № 1464  «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи»;
3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 августа 2012 года № 593 «Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь».

*Доказательная база:*

1. Правила информирования пациентов и их семей
2. График встречи лечащего врача с родственниками пациента
3. Медицинская карта пациента

 ***Критерий 15.8*** После предоставления информации и в соответствии с требованиями законодательства медицинская организация получает согласие пациента:

1. в письменном виде с записью в истории болезни на инвазивные процедуры или операции;
2. в письменном виде на его участие в клиническом исследовании, тестировании медицинских препаратов или новых медицинских технологий.

 ***Комментарии:***

В организации существует четко определенный процесс получения информированного согласия пациента. В организации составлен перечень инвазивных методов диагностики и лечения, требующих информированного согласия пациента.

Информированное согласие может быть получено на нескольких этапах лечения: а) при поступлении пациентов для стационарного лечения; б) до начала проведения инвазивных процедур, анестезиологических пособий и др.

***Нормативная основа:***

Кодекс Республики Казахстан«О здоровье народа и системе здравоохранения» *(с*[изменениями и дополнениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1001176508)*по состоянию на 15.04.2013 г.);* Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 июня 2011 года № 372
«Об утверждении Положения об организациях, оказывающих анестезиологическую и реаниматологическую помощь населению Республики Казахстан»; Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 19 ноября 2009 года № 744
«Об утверждении Правил проведения клинических исследований и (или) испытаний фармакологических и лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники (с [изменениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1001280556" \t "_parent) от 28.09.2012 г.)»; Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 ноября 2009 года № 697«Об утверждении Правил проведения медико-биологических экспериментов, доклинических (неклинических) и клинических исследований»; Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2009 года № 626
«Об утверждении Правил проведения искусственного прерывания беременности»;   «Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 августа 2012 года № 593 «Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь»; Правила хранения, переливания крови, ее компонентов и препаратов *(с*[изменениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1002587725)*от 26.07.2012 г*.) ( Приложение 3 к [приказу](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1001262388) и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 ноября 2009 года № 666) «Об утверждении Номенклатуры, Правил заготовки, переработки, хранения, реализации крови и ее компонентов, а также Правил хранения, переливания крови, ее компонентов и препаратов» *(с*[изменениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1001264610" \t "_parent)*от 26.07.2012 г.).*

**Доказательная база:**

1. Правила получения информированного согласия на обследование и лечение.

2. Правила, получения информированного согласия пациента на инвазивные лечебные и диагностические процедуры.

3. Медицинская карта.

 ***Критерий 15.9*** Информация относительно направления в другую больницу, такая как стоимость, проезд, время, продолжительность лечения и ожидаемый результат, предоставляется пациенту и его семье.

***Комментарии:*** Пациент по медицинским показаниям может быть переведен в другие организации здравоохранения.

Правила перевода/направления пациента в другие организации содержат требование к информированию пациента и его семьи по вопросам, касающимся перевода (информация о проезде, стоимости, сроках лечения, результатах лечения и др.).

***Нормативная основа:***

1. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» *(с*[изменениями и дополнениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1001176508)*по состоянию на 15.04.2013 г.);*
2. Постановление Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2011 года № 1464 «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи»;

 ***Доказательная база:***

 Правила перевода/направления пациента в другие организации здравоохранения.

 ***Критерий 15.10:*** Пациенты и их семьи обеспечиваются информацией об уходе и заболевании посредством:

1. регулярных занятий по информации о здоровье, проводимых профессионалами в области здравоохранения;
2. предоставления видеоматериалов, брошюр и другой информации о профилактике заболевания и пропаганде здорового образа жизни, которые находятся в доступных местах.

 ***Комментарии:***

В медицинской организации ответственными лицами проводится плановая санитарно-просветительная работа с пациентами и их семьями, включающая занятия, демонстрацию видеоматериалов, распространение брошюр и другой информации о профилактике заболевания и пропаганде здорового образа жизни.

***Нормативная основа:***

Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 17 февраля 2012 года № 89 «О совершенствовании профилактических услуг в организациях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь»; Приказ и.о. министра здравоохранения РК от 5 января 2011 г. №7 «Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь».

***Доказательная база:***

1. План санитарно-просветительной работы

2. Информационные стенды.

 3. Раздаточный материал о профилактике заболеваний и пропаганде здорового образа жизни (справочные материалы, буклеты, видеоматериалы).

4. Алгоритмы действий медицинских работников первичной медико-санитарной помощи по пропаганде здорового образа жизни, профилактике факторов риска основных социально-значимых заболеваний.

**Порядок подачи жалобы пациентом**

 ***Критерий 15.11*** В организации существует и используется процесс получения жалоб от пациентов и их семей относительно нарушения их прав, в котором:

а) обеспечивается информирование пациентов и их семей о том, как подать жалобу в организацию, а также в общество по защите прав пациента или в суд;

б) упрощается процедура путем предоставления готовых бланков для жалобы или принятия жалоб в произвольном или устном виде;

в) позволяет передать жалобу любому уполномоченному лицу.

  ***Комментарии:***

В соответствии с Конституцией Республики Казахстан (Статья 29), Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (Статья 91 ,92), Законом Республики Казахстан от 12 января 2007 года N 221 «О порядке рассмотрения обращений физических и юридических лиц», Постановлением Правительства Республики Казахстан от 22 декабря 2011 года № 1577 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг» в медицинской организации разработана система реагирования на обращения пациентов и членов их семей.

Организация информирует пациента и его семью о процессе подачи и разбора обращений. Информация о процедуре подачи жалоб доступна для пациента. Размещается на стендах, может быть в форме буклета, памятки.

***Доказательная база:***

1. Правила управления жалобами

2.Анкетирование пациентов

3.Информационный стенд (график приема администрацией МО граждан по личным вопросам)

4. Ящик для сбора обращений и предложений, бланки для обращений

5.Телефон доверия и т.д.

6.(буклеты, памятки)

 ***Критерий 15.2*** Существует документальный процесс сбора, приоритизации, расследования, а также справедливого и своевременного удовлетворения жалоб, что включает следующее:

а) письменное подтверждение (если по жалобе еще не были приняты меры к удовлетворению пациента и его семьи);

б) расследование жалобы, опрос вовлеченных сотрудников;

в) вынесение решения об обоснованности жалобы;

г) принятие мер при обоснованной жалобе;

д) информирование пациента и членов его семьи о ходе расследования через регулярные промежутки времени;

е) информирование лица, подавшего жалобу и других вовлеченных лиц о результате.

***Комментарии:***

Медицинская организация разрабатывает правила управления жалобами, определяющие принципы и порядок обращения с жалобами, и другие документы.

Управление жалобами включает следующие этапы:

1.Приём жалобы (регистрация)

2. Изучение жалобы (расследование)

3. информирование заявителя о принятых мерах в установленные законодательством сроки

4. Завершение работы по жалобе

5. Отчет по жалобе

***Нормативная основа:***

Конституция Республики Казахстан (Статья 29); Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 10.07.2012 г.); Закон Республики Казахстан от 12 января 2007 года N 221 «О порядке рассмотрения обращений физических и юридических лиц», Постановление Правительства Республики Казахстан от 22 декабря 2011 года №1577 «Об утверждении правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг», Приказ министра здравоохранения от 27 декабря 2011 г. №923 «Об утверждении Методических рекомендаций по организации работы Службы внутреннего контроля (аудита) медицинских организаций».

 ***Доказательная база:***

1. Правила управления жалобами

2. Информация для пациента о порядке подачи обращения

3. Обзор некоторых примеров жалоб и заполненных форм, для подтверждения выполнения процедуры

7. Интервью персонала и пациентов

8. Журнал регистрации жалоб пациента и его семьи

9. Ящик для сбора жалоб и предложений.

10. Документы, подтверждающие принятие мер при обоснованной жалобе.

***Критерий 15.3*** Все жалобы заносятся в журнал регистрации, мониторируется процесс работы с обращениями, и результаты используются для повышения качества.

***Комментарии:***

 В медицинской организации имеется система регистрации обращений /жалоб. Служба внутреннего аудита осуществляет мониторинг процесса работы с обращениями. Завершение работы по жалобе: разработка корректирующих и предупреждающих действий по предотвращению жалоб.

Ответственные лица (руководитель отдела менеджмента качества, отдела СМК, зам. гл. врача по контролю за качеством и др.) регулярно формируют отчёт по расследованию жалоб и обращений, в котором указывается.

Данный отчёт используется для анализа системы качества и при разработке плана мероприятий по повышению удовлетворённости пациентов.

***Нормативная основа:***

Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» *(с*[изменениями и дополнениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1001176508)*по состоянию на 15.04.2013 г.);* Закон Республики Казахстан от 12 января 2007 года N 221

«О порядке рассмотрения обращений физических и юридических лиц», Постановление Правительства Республики Казахстан от 22 декабря 2011 года №1577 «Об утверждении правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг»; Приказ министра здравоохранения от 27 декабря 2011 г. №923 «Об утверждении Методических рекомендаций по организации работы Службы внутреннего контроля (аудита) медицинских организаций».

***Доказательная база:***

1. Отчет расследованию жалоб и обращений

2. Журнал для регистрации жалоб и обращений пациента.

3. План предупреждающих действий и корригирующих мер в общем плане повышения качества.

**«Отзывы пациентов»**

 ***Критерий 15.15*** Организация регулярно измеряет степень удовлетворенности пациентов и их семей услугами путем:

а) предоставления информации по почтовому и электронному адресу для обратной связи с пациентами;

б) ведения записи замечаний, пожеланий и благодарностей, полученных в письменном виде, по телефону или лично от пациентов;

в) проведения анкетирования пациентов с целью определения удовлетворенности пациентов с учетом таких аспектов как качество оказания услуг, работа персонала и система оплаты, где применимо;

г) анализа данных и определения тенденций, которые используются для повышения качества.

***Комментарии:***

 Измерение степени удовлетворенности пациентов и их семей осуществляется через регулярное изучение поступившей информации от них, анкетирование. Результаты данных используются для повышения качества.

***Нормативная основа:***

Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» *(с*[изменениями и дополнениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1001176508)*по состоянию на 15.04.2013 г.);* Постановление Правительства Республики Казахстан от 22 декабря 2011 года №1577 «Об утверждении правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг».

Приказ министра здравоохранения от 27 декабря 2011 г. №923 «Об утверждении Методических рекомендаций по организации работы Службы внутреннего контроля (аудита) медицинских организаций».

**Доказательная база:**

1.Положение о службе внутреннего аудита

 2.Правила проведения анкетирования

3.Правила управления жалобами

4.Анкеты

6.Книга отзывов и предложений

7. Журнал входящей и исходящей информации

8.результаты изучения степени удовлетворенности пациентов

9.План предупреждающих и корригирующих мер в общем плане повышения качества

## Стандарт16.0 «ДОСТУП К МЕДИЦИНСКОМУ ОБСЛУЖИВАНИЮ, ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ПЛАНИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ»

**Потребности пациента удовлетворяются своевременно, и предоставляется эффективная госпитализация с оценкой и планированием лечения и ухода за пациентом.**

 ***Критерий 16.1*** Доступность услуг медицинской 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;

информирования населения об объеме медицинских услуг, графике работы и о порядке получения неотложной медицинской помощи.

***Комментарии:***

 Если медицинская организация представляет услуги в рамках ГОБМП, то информирование населения об объеме медицинских услуг, графике работы и о порядке получения неотложной медицинской помощи осуществляется через информационные стенды, СМИ, ТВ, сайт и др.

***Нормативная основа:***

Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» *(с*[изменениями и дополнениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1001176508)*по состоянию на 15.04.2013 г.);*  Постановление Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года № 2136 «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи» (с изменениями и дополнениями от 15.12.2010 г.); Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2010 года № 492 «Об утверждении Инструкции по организации плановой госпитализации в стационар в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи через Портал бюро госпитализации (с изменениями и дополнениями по состоянию на 31.03.2011 г.); Постановление Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2011 года № 1464 «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи»; Постановление Правительства РК от 24 ноября 2011 г. №1374 «Об утверждении Правил оказания консультативно-диагностической помощи»;

Постановление Правительства РК от 1 ноября 2011 г. №1263 «Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи и Правил прикрепления граждан к организациям первичной медико-санитарной помощи»; Постановление Правительства РК от 6 декабря 2011 г. №1472 «об утверждении Правил оказания стационарозаме-щающей помощи»; Приказ и.о. Министра здравоохранения РК от 5 января 2011 г. №7 «об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь»;

Приказ и.о. Министра здравоохранения РК от 10 сентября 2011 г. №606 «об утверждении Инструкции о деятельности регистратуры организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь»; Приказ и.о. Министра здравоохранения РК от 4 ноября 2011 г. №786 «Об утверждении Перечня лекарственных средств и изделий медицинской назначения для бесплатного обеспечения населения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на амбулаторном уровне с определенными заболеваниями (состояниями) и специализированными лечебными продуктами»; Приказ Министра здравоохранения РК от 2 декабря 2011 г. №867 «Об утверждении Порядка учета и отпуска лекарственных средств, закупаемых из средств республиканского бюджета на амбулаторном уровне в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи»; Приказ и.о. Министра здравоохранения РК от 17 февраля 2012 года №90 «Об утверждении Инструкции о порядке обеспечения населения лекарственными средствами на амбулаторном уровне в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».

***Доказательная база:***

1. информационный стенд с перечнем услуг ГОБМП

2. Интервьюирование персонала и пациентов

 ***Критерий 16.2*** В первой точке контакта пациент:

1. проходит осмотр/обследование с целью оценки его состояния для определения приемлемости услуг организации;
2. затем госпитализируется или направляется в более подходящую службу;

получает необходимую ему помощь.

 ***Комментарии:***

В медицинской организации имеются установленные критерии приема/перевода пациентов, в соответствии с Постановлением Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2011года №1464 «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи»; Постановлением Правительства РК от 24 ноября 2011 г. №1374 «Об утверждении Правил оказания консультативно-диагностической помощи»; приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 сентября 2011г №617 «Об утверждении Инструкции по организации деятельности приемного отделения медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь».

Потребность пациентов в медицинских услугах определяется во время первичной оценки (осмотра) пациента с использованием критериев триажа (сортировки пациентов по приоритетности состояния); визуальной оценки; физикального осмотра, результатов ранее проведенных физических, психологических, клинико-лабораторных и рентгенологических методов обследования. На основании результатов первичного осмотра принимается решение о приемлемости медицинских услуг организации потребностям пациента. Пациенты госпитализируются по показаниям.

***Нормативная основа:***

Постановление Правительства РК от 6 декабря 2011 г. №1472 «Об утверждении Правил оказания стационарозаме-щающей помощи»; Приказ и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 сентября 2011г №617 «Об утверждении Инструкции по организации, деятельности приемного отделения медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь»; Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2010 года № 492
«Об утверждении Инструкции по организации плановой госпитализации в стационар в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи через Портал бюро госпитализации» (с [изменениями и дополнениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1001549611" \t "_parent) по состоянию на 31.03.2011 г.); Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2012 года № 452
«О мерах совершенствования медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и женщинам фертильного возраста»; Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 мая 2010 года № 389
«Об утверждении Инструкции по мониторингу критических состояний у беременных женщин, рожениц, родильниц»; Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 июля 2010 года № 498
«Об утверждении Правил оказания стационарной помощи в медицинских организациях по охране здоровья матери и ребенка»; Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 1 сентября 2010 года № 691
«Об утверждении алгоритмов действий при неотложных состояниях».

***Доказательная база:***

1.Правила приема пациентов.

2. Правила триажа (сортировки) пациентов.

3.Правила приема экстренных пациентов.

4. Правила первичного осмотра пациента.

5.Правила обращения с пациентами при нехватке мест.

6.Правила информирования пациентов о задержке или необходимости ожидания в оказании медицинской помощи.

7. Интервью персонала.

8. медицинская карта.

**Критерий 16.3** Пациенты своевременно госпитализируются, при этом:

1. используется эффективная процедура регистрации с записью времени поступления и времени осмотра;
2. оформляется медицинская карта пациента;
3. производится осмотр в течение 15 минут после поступления в приемное отделение;
4. в первую очередь осматривают пациентов в очень тяжелом состоянии;
5. уделяется внимание санитарно-гигиеническим нуждам пациента до перемещения его в палату/ отделение;
6. определяются пищевые предпочтения и имеющиеся аллергические реакции;
7. заполняется соответствующая учетная форма перед любой хирургической процедурой, за исключением критических ситуаций.

 ***Комментарии:***

В медицинской организации госпитализация осуществляется с учетом своевременности регистрации пациентов, особенностей экстренной госпитализации; процесса управления потоком в случае нехватки или отсутствия соответствующих койко-мест для пациентов в организации, обеспечения санитарно-гигиенической обработки, сбора нутриционного и аллергологического анамнеза.

***Нормативная основа:***

Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» *(с*[изменениями и дополнениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1001176508)*по состоянию на 15.04.2013 г.);* Постановление Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2011 года № 1464 «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи»; Постановление Правительства РК № 87 от 17.01.2012 г. «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения»; Постановление Правительства РК от 6 декабря 2011 г. №1472 «Об утверждении Правил оказания стационарозамещающей помощи»; Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2010 года № 492 «Об утверждении Инструкции по организации плановой госпитализации в стационар в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи через Портал бюро госпитализации» (с [изменениями и дополнениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1001549611) по состоянию на 31.03.2011 г.); Приказ и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 сентября 2011г №617 «Об утверждении Инструкции по организации, деятельности приемного отделения медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь»

Приказ МЗРК от 9 июня 2011г. № 372 «Об утверждении Положения об организациях, оказывающих анестезиологическую и реаниматологическую помощь населению Республики Казахстан».

***Доказательная база:***

1.Правила приема стационарных пациентов.

2. Правила триажа.

3.Правила заполнения медицинской карты.

4.Правила приема экстренных пациентов.

5. Правила первичного осмотра пациента.

6.Правила обращения с пациентами при отсутствии мест в стационаре.

7. Правила информирования пациентов о задержке или необходимости ожидания в оказании медицинской помощи.

8. Информированное согласие пациента на анестезию.

9. Медицинская карта пациента.

 ***Критерий 16.4*** Госпитализированным пациентам и их семьям:

1. предоставляют график посещения пациентов;
2. объясняют требование о специальной одежде для посетителей, например, о сменной обуви и халатах;
3. предоставляют стандартный набор инструкций по пребыванию в больнице;
4. пациентам показывают, где находятся туалеты, душевые и умывальники, которые в рабочем состоянии и доступны круглосуточно;
5. пациентам разрешают носить свою удобную одежду в соответствии с санитарно-гигиеническим режимом;
6. пациентам выделяют отдельную кровать со свежим бельем;

проводят первичный медицинский осмотр пациентов в течение часа после госпитализации.

 ***Комментарии:***

Медицинская организация предоставляет информацию (информационные стенды, памятка, буклет) для пациентов и их родственников, включающую:

порядок посещения пациентов, правила (инструкции) поведения больных в стационаре, правила первичного осмотра пациента и т.д.

***Нормативная основа:***

Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» ***(с***[изменениями и дополнениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1001176508)*по состоянию на 15.04.2013 г.);*  Постановление Правительства РК № 87 от 17.01.2012 г. «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения» (с [изменениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1002785937" \t "_parent) от 25.01.2013 г.); Постановление Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2011 года № 1464«Об утверждении Правил оказания стационарной помощи»; Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2010 года № 492 «Об утверждении Инструкции по организации плановой госпитализации  в стационар в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи через Портал бюро госпитализации» (с [изменениями и дополнениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1001549611) по состоянию на 31.03.2011 г.); Приказ и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 сентября 2011 г. №617 «Об утверждении Инструкции по организации, деятельности приемного отделения медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь».

 ***Доказательная база:***

1.Правила медицинского осмотра пациента в отделении.

2.Памятки для пациентов.

3 график посещения пациента.

5. информационные знаки (на туалетах, душевых и умывальниках).

 **«Оценка»**

 ***Критерий 16.5***

 Проводится всесторонняя оценка потребностей и потенциальных рисков пациента путем сбора информации касательно:

1. анамнеза заболевания, текущего аллергологического и медикаментозного анамнеза;
2. жизненно важных показателей, веса и основных результатов осмотра;
3. степени боли;
4. функционального, эмоционального и умственного состояния;
5. поведения, которое может представлять риск для пациента и других людей;
6. питания и специальных диетических требований;

культурных и духовных ценностей и потребностей.

 ***Комментарии:***

Первичный осмотр пациента является критически важным, т.к. по его результатам оцениваются потенциальные риски и потребности пациента. В медицинской организации разрабатываются правила и процедуры, которые определяют, какие данные о пациенте необходимо собрать при первичном осмотре и внести в медицинскую карту.

 Первичный осмотр включает:

 -оценку клинико-анамнестических данных

-оценку эмоционального статуса

-оценку социального статуса (экономические, культурные, семейные, религиозные факторы)

Информация, собранная во время первичного осмотра, может оказать существенное влияние на исход лечения.

***Нормативная основа:***

 Постановление Правительства РК от 6 декабря 2011 г. №1472 «Об утверждении Правил оказания стационарозаме-щающей помощи»; Постановление Правительства РК № 87 от 17.01.2012 г. «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения»; Приказ и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 сентября 2011 г. № 617 «Об утверждении Инструкции по организации, деятельности приемного отделения медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь»;

Правила хранения, переливания крови, ее компонентов и препаратов (с [изменениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1002587725) от 26.07.2012 г.), утвержденные приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 ноября 2009 года № 666.

 ***Доказательная база:***

1. Правила первичного осмотра пациента

2.Правила оформления медицинской карты

3.Руководство по болевому синдрому

4.Правила идентификации пациента

5.оценка риска падения

6.Оценка боли

7.Нутриционная оценка

 ***Критерий 16.6*** Квалифицированные медицинские специалисты как можно скорее проводят оценку состояния пациента:

1. с участием самого пациента и/или его семьи;
2. документируют результаты осмотра и первичного диагноза в историю болезни пациента.

 ***Комментарии:***

В медицинской организации разработана и утверждена письменная процедура первичного осмотра пациента. Определена ответственность квалифицированных специалистов за своевременное проведение первичного осмотра и определение предварительного диагноза.

Возможно дополнительная консультация профильными специалистами. Результаты этих осмотров должны быть собраны (в одну медицинскую карту)

В экстренных случаях первичный врачебный и сестринский осмотр может быть ограничен очевидными потребностями и состоянием пациента. В ситуациях, когда нет времени для полного описания физического осмотра и заполнения медицинской карты экстренного пациента, нуждающегося в оперативном лечении, необходимо произвести краткую запись о предстоящем вмешательстве

 ***Нормативная основа:***

Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» *(с*[изменениями и дополнениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1001176508)*по состоянию на 15.04.2013 г.);* Постановление Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2011 года № 1464 «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи»; Постановление Правительства РК № 87 от 17.01.2012 г. «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения»;

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2010 года № 492  «Об утверждении Инструкции по организации плановой госпитализации в стационар в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи через Портал бюро госпитализации» (с [изменениями и дополнениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1001549611) по состоянию на 31.03.2011 г.); Приказ и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 сентября 2011г №617 «Об утверждении Инструкции по организации, деятельности приемного отделения медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь».

 ***Доказательная база:***

1. Правила первичного врачебного осмотра пациента.

2. Правила приема экстренных больных.

3. Правила триажа (сортировка).

4. Правила приема плановых больных.

5. Интервью пациента.

6. Медицинская карта больного.

 ***Критерий 16.7*** Выполняются соответствующие лабораторные анализы, рентгеновские и прочие диагностические снимки и тесты, а их результаты:

1. сообщаются врачу, который выдал пациенту такое направление;
2. заносятся в историю болезни пациента с указанием даты и времени получения.

 ***Комментарии:***

 Диагностическое обследование пациента осуществляется по показаниям, обоснованным в медицинской карте, с целью динамической оценки состояния пациента. В медицинской карте записывается клиническая оценка выполненных лабораторных и функциональных исследований.

 Система оказания диагностических услуг направлена на своевременное определение тактики лечения.

 Разработан порядок взаимодействия подразделений, оказывающих диагностические и лечебные услуги.

 Организация устанавливает временной промежуток, в течение которого должны быть доступны результаты лабораторных анализов и результаты радиологических исследований. Лабораторные услуги и услуги радиологии, необходимые в экстренных ситуациях, доступны и в нерабочее время.

***Нормативная основа:***

 Постановление Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2011 года № 1464 «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи»; Постановление Правительства Республики Казахстан от 21 декабря 2011 года № 1566 «Об утверждении Положения о деятельности организаций и (или) структурных подразделений организаций здравоохранения, осуществляющих лабораторную диагностику, а также объема и видов проводимых ими исследований»; Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2010 года № 492  «Об утверждении Инструкции по организации плановой госпитализации в стационар в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи через Портал бюро госпитализации» (с [изменениями и дополнениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1001549611) по состоянию на 31.03.2011 г.); Приказ и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 сентября 2011г №617 «Об утверждении Инструкции по организации, деятельности приемного отделения медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь».

 **Доказательная база:**

1.Обзор медицинской карты

2.Интервью с персоналом и пациентами

3. Порядок взаимодействия клинико-диагностических подразделений

 ***Критерий 16.8*** По тяжелобольным пациентам или пациентам, имеющим сопутствующую патологию, принимаются своевременные меры, чтобы:

1. провести консилиум с соответствующими специалистами;
2. поставить диагноз сопутствующих заболеваний;
3. рассмотреть прогноз течения заболевания и осложнения;

повторно осмотреть пациента в случае осложнений и занести полученные данные в историю болезни пациента.

 ***Комментарии:***

 В медицинской организации разработаны правила ведения (в том числе и ухода) тяжелобольных.

***Нормативная основа:***

 Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» *(с*[изменениями и дополнениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1001176508)*по состоянию на 15.04.2013 г.);* Постановление Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2011 года № 1464 «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи»; Постановление Правительства РК от 6 декабря 2011 г. №1472 «Об утверждении Правил оказания стационарозамещающей помощи»; Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 сентября 2012 года № 628 «Об утверждении Положения о клинических базах медицинских организаций образования»; Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2010 года № 492  «Об утверждении Инструкции по организации плановой госпитализации в стационар в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи через Портал бюро госпитализации» (с [изменениями и дополнениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1001549611) по состоянию на 31.03.2011 г.)

 ***Доказательная база:***

1. Правила ведения тяжелобольных .

2. Медицинская карта.

 ***Критерий 16.9*** Состояние пациентов повторно оценивают через определенные промежутки времени, чтобы:

1. определить реакцию на лечение;
2. запланировать дальнейшее лечение или выписку пациента;

результаты повторной оценки заносились в историю болезни пациента

 ***Комментарии:***

 С целью определения адекватности и эффективности лечения, возможности перевода или выписки пациента проводится повторная оценка состояния пациентов. Кратность оценки состояния пациента определяется индивидуально в зависимости от течения основного и сопутствующего заболеваний.

 В соответствии Постановлением Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2011 года № 1464 «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи», результаты осмотров заносятся в историю болезни пациента ежедневно или чаще, включая выходные дни, на этапе интенсивного лечения, в зависимости от тяжести состояния больного, а также при значительном изменении состояния пациента, в случае изменения диагноза, тактики лечения.

 ***Доказательная база:***

1. Медицинская карта.

2. Интервью с персоналом и пациентами.

**Планирование лечения и ухода за пациентом**

 ***Критерий 16.10*** План лечения и ухода разрабатывается и заносится в историю болезни пациента:

1. на основании оценки потребностей пациента, результатов диагностических тестов и диагноза, который нужно окончательно и своевременно поставить (в течение трех дней после госпитализации, по возможности);
2. на основании руководств доказательной практики или клинических протоколов;
3. с участием пациента и его семьи;
4. отражая предпочтения и выбор пациента.

 ***Комментарии:***

На основании осмотра, данных диагностических методов исследования, в соответствии с протоколами диагностики и лечения, клиническими руководствами для пациента разрабатывается индивидуальный план ухода и лечения, который заносится в медицинскую карту.

Пациент и члены его семьи вовлечены в процесс планирования. После результатов повторных осмотров (изменение состояния больного), результатов лабораторных и диагностических исследований в план лечения и ухода вносятся изменения (корректировка).

 Предпочтительнее разработка единого комплексного плана ведения пациента, включающего диагностику, лечение и уход.

***Нормативная основа:***

Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» *(с*[изменениями и дополнениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1001176508)*по состоянию на 15.04.2013 г.);*  Постановление Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2011 года № 1464 «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи»; Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2010 года № 239 «Об утверждении протоколов диагностики и лечения

(с дополнениями по состоянию на 02.12.2011 г.); Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 28 декабря 2007 года № 764
«Об утверждении протоколов диагностики и лечения заболеваний» (с [изменениями и дополнениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1002068305" \t "_parent) от 01.08.2011 г.); Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 1 августа 2011 года № 490
«О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 28 декабря 2007 года № 764 «Об утверждении протоколов диагностики и лечения заболеваний».

 ***Доказательная база:***

1. Медицинская карта

2. Интервью с персоналом и пациентами.

 ***Критерий 16.11*** Лечение и уход за пациентом является комплексным и включает следующее:

1. цели и ожидаемые результаты лечения и ухода;
2. предоставляемые услуги и лечение (сколько, как часто, где, кем);
3. план лечения;
4. требуемый график мониторинга состояния пациента;
5. планирование выписки, перевода или последующего лечения, после выписки пациента.

 ***Комментарии:***

Лечение и уход за пациентом являются единым, интегрированным процессом. Планируемые объемы лечения и ухода за пациентами направлены на достижение цели и ожидаемых результатов лечения.

Услуги по лечению и уходу, график мониторинга состояния пациента, планирование выписки или перевода отражены в плане ведения пациента.

***Нормативная основа:***

Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с [изменениями и дополнениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1001176508) по состоянию на 15.04.2013 г.); Постановление Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2011 года № 1464 «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи»; Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 июня 2011 года № 372 «Об утверждении Положения об организациях, оказывающих анестезиологическую и реаниматологическую помощь населению Республики Казахстан»; Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2010 года № 239 «Об утверждении протоколов диагностики и лечения» (с дополнениями по состоянию на 02.12.2011 г.).

 ***Доказательная база:***

Медицинская карта.

 ***Критерий 16.12*** Риски лечения и использования оборудования:

1. оценены и управление этими рисками включено в план лечения и ухода за пациентом;
2. включают аллергию на лекарства, резистентность к антибиотику, риски пожара/ травмы от использования лазеров, риски в результате хронических болезней, как диабет, и риски от инфекционных заболеваний, как СПИД, ВИЧ и вирусный гепатит.

 ***Комментарии:***

 При составлении плана лечения и ухода учитываются данные аллергологического, медикаментозного анамнеза, наличие хронических заболеваний, вирусоносительство и др. При использовании оборудования необходимо учесть наличие у пациента кардиостимулятора, штифтов, металлических пластинок и др.

 Организацией идентифицируются риски, связанные с лечением и использованием оборудования.

 Качество сбора анамнеза оценивается при проведении внутренней и внешней экспертизы качества медицинских услуг.

***Нормативная основа:***

Постановление Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2011 года № 1464  «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи»; Постановление Правительства Республики Казахстан от 22 декабря 2011 года № 1577 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг»; Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2010 года № 492  «Об утверждении Инструкции по организации плановой госпитализации в стационар в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи через Портал бюро госпитализации» (с [изменениями и дополнениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1001549611) по состоянию на 31.03.2011 г.);  Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 19 декабря 2012 года № 872«Об утверждении критериев оценки степени рисков в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения и форм проверочных листов».

***Доказательная база:***

1. Медицинская карта.

2. Интервью пациента, персонала.

3. Перечень идентифицированных рисков.

4. Маркировка медицинской карты пациента с диабетом, СПИД, ВИЧ и вирусным гепатитом.

## Стандарт 17.0 «ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ»

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

 ***Критерий 17.1*** Уход за пациентом и лечение предоставляются в соответствии с планом лечения и ухода за пациентом и клиническим руководствами и стандартами:

1. младший медперсонал и медицинские специалисты, участвующие в лечении и уходе за пациентом, ознакомлены с планом ухода;
2. услуги предоставляются своевременно и с установленной регулярностью;

используются соответствующие методы и оборудование.

 ***Комментарии:***

Лечение - комплекс медицинских услуг, направленных на устранение, приостановление и (или) облегчение течения заболевания, а также предупреждение его прогрессирования. В правилах и процедурах регламентирован уход и лечение за пациентом в соответствие с клиническими руководствами, протоколами диагностики и лечения, а также СОПами (стандартными операционными процедурами), алгоритмами.

 ***Нормативная основа:***

 Постановление Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2011 года № 1464 «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи»; Постановление Правительства Республики Казахстан от 15 ноября 2011 года № 1343 «Об утверждении Правил оказания паллиативной помощи и сестринского ухода»; Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 28 декабря 2007 года № 764 «Перечень протоколов диагностики и лечения на стационарном уровне» (с изменениями и дополнениями от 01.08.2011 г.); Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2010 года № 492 «Об утверждении Инструкции по организации плановой госпитализации в стационар в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи через Портал бюро госпитализации» (с [изменениями и дополнениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1001549611) по состоянию на 31.03.2011 г.); Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 июня 2011 года № 372 «Об утверждении Положения об организациях, оказывающих анестезиологическую и реаниматологическую помощь населению Республики Казахстан».

 ***Доказательная база:***

1. Должностные инструкции.
2. Интервью пациентов и персонала.
3. СОПы по уходу за пациентами.
4. Медицинская карта.

 ***Критерий 17.2*** Квалифицированные лица:

1. отвечают за лечение и уход за пациентом на каждом этапе лечения;
2. известны персоналу, как ответственные лица;
3. их данные занесены в историю болезни пациента.

 ***Комментарии:***

При поступлении в стационар пациенту представляются сведения о правилах внутреннего распорядка медицинской организации, об данных (фамилия, имя, отчество) и профессиональном статусе медицинских работников, кто будет оказывать медицинские услуги. Их данные внесены в историю болезни пациента.

***Нормативная основа:***

Постановление Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2011 года № 1464 «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи»; Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2010 года № 492  «Об утверждении Инструкции по организации плановой госпитализации в стационар в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи через Портал бюро госпитализации» (с [изменениями и дополнениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1001549611) по состоянию на 31.03.2011 г.).

***Доказательная база:***

1. Должностные инструкции.

2. Идентификация персонала.

3. Медицинская карта.

*Критерий 17.3* Пациенты могут получить помощь по требованию:

1. имея легкодоступный функционирующий звонок вызова у кровати;
2. посты медсестер расположены в местах, откуда пациентов хорошо видно;
3. медицинский персонал доступен в любое время в соответствии с графиком дежурств;
4. дежурный врач осматривает пациентов, информация о которых передана лечащим врачом или пациентов, требующих специального лечения, и вносит данные осмотра в историю болезни пациента.

 ***Комментарии:***

В соответствии с Постановлением Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2011года №1464 «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи» медицинская организация обеспечивает круглосуточное наблюдение, лечение и уход за пациентом.

Имеется система экстренного оповещения (сигнализации) из палат от каждой койки на пост медицинской сестры, наличие звонка вызова для пациентов, удобное расположение сестринских постов для пациентов.

***Нормативная основа:***

Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 июня 2011 года № 372 «Об утверждении Положения об организациях, оказывающих анестезиологическую и реаниматологическую помощь населению Республики Казахстан»; Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 22 сентября 2011 года № 647 «Об утверждении Положения об организациях здравоохранения, оказывающих кардиологическую, интервенционную кардиологическую и кардиохирургическую помощь населению Республики Казахстан».

 ***Доказательная база:***

1. Функционирующая система экстренного оповещения (сигнализации).

3.Интервью пациентов и персонала.

4.медицинская карта.

5. Журнал передачи дежурств.

 ***Критерий 17.4*** Уровни боли пациентов регулярно оцениваются с использованием соответствующего инструмента/шкалы, устранение боли и страдания осуществляется в соответствии с последними методами и технологиями.

 ***Комментарии:***

Медицинская организация разрабатывает письменную процедуру/политику по управлению болевым симптомом, включающим:

- выявление у пациентов болевого симптома в течение первичного и повторных осмотров (оценка боли);

- обеспечение купирования боли согласно руководствам и протоколам;

- Обучение пациентов и близких о методах подавления боли;

- обучение медицинских работников оценке и управлению болью.

 ***Доказательства:***

1. Руководство по управлению болевым симптомом

2. Лист оценки боли

3.Оценка родовой боли

4. Оценка болей новорожденных

5. Медицинская карта

6.Интервью персонала и пациентов

*Критерий 17.5* 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;

использования процесса принятия устной или телефонной информации с проверочным повтором записанного полного текста информации лицом, получившим эту информацию.

***Комментарии:***

Обеспечение безопасности пациентов - является основным принципом деятельности медицинской организации. Для обеспечения безопасности пациента в медицинской организации разрабатываются правила и процедуры, согласно международным целям безопасности пациента.

Ошибки чаще возникают при неправильной идентификации (персонификации) пациента. Идентификация пациента направлена на правильное определение пациента, которому предназначено проведение лечебной или диагностической процедуры;

Пациент может быть в бессознательном состоянии, дезориентирован во времени и пространстве, иметь нарушения функций органов чувств. Идентификация пациента проводится перед выдачей или введением медикаментов, препаратов крови, при взятии крови и проведении любых других лечебно-диагностических процедур.

Правила и процедуры должны требовать сверку пациента, как минимум, по двум признакам (идентификаторам): Ф.И.О., идентификационный номер (номер истории болезни или др.), дата рождения, браслет со штрихом-кодом или другие.

В медицинских организациях причинами возникновения хирургических ошибок являются неэффективные взаимоотношения между персоналом в составе хирургической команды, недостаточное вовлечение пациентов в процесс маркировки участка тела, несовершенство процедуры проверки правильности участка тела. Кроме того, неадекватно проведенный осмотр пациента, невнимательный обзор истории болезни, неразборчивый почерк, использование аббревиатур, являются причинами ятрогенной ошибки.

Организация должна коллективно разработать правила или процедуры, которые направлены на:

1) Обозначение операционного участка на теле пациента.

В процесс маркировки операционного участка должен вовлекаться пациент. Участок тела обозначается легкоузнаваемым знаком. Способ маркировки должен быть идентичным по всей организации. Маркировка должна быть произведена лицом, которое будет осуществлять хирургическую процедуру, по возможности, когда пациент бодрствует и находится в ясном сознании. Знак должен быть виден после обработки и использования одежды, простыней и салфеток. Маркировка операционного участка должна производиться во всех случаях, когда процедура подразумевает определение латеральности (правой/левой), множество структур (пальцы рук, ног, надрезы и раны), или разные уровни (позвоночный столб).

2) Процесс предоперационной верификации (проверка результатов необходимых предварительных исследований и осмотров; готовности инструментов и приборов; правильности выбранной процедуры, пациента и участка тела);

3) «Тайм-аут» непосредственно перед началом операции. Тайм-аут позволяет разрешить какие-либо не обсужденные вопросы или непонятную ситуацию. Тайм-аут проводится в зале, где будет произведена хирургическая процедура непосредственно перед началом оперативных действий и вовлекает всех членов оперирующей команды. Организацией определяется документально оформленный порядок процедуры тайм-аута.

Эффективная передача информации передача информации может происходить в электронном, устном или письменном виде. Наиболее склонными к ошибкам являются назначения и распоряжения, данные в устном виде и по телефону. Организация должна коллективно разработать правила или процедуру для устных и телефонных распоряжений, которые требуют запись полного текста распоряжения получателем информации; прочтение вслух распоряжения получателем информации; и подтверждение первоисточника о правильности сообщения.

Правила и процедуры должны предусматривать ситуации, когда процесс записи и прочтения вслух распоряжения получателем информации невозможен, например, в операционном блоке или в неотложных ситуациях.

 ***Доказательства:***

1. Правила идентификации пациента

2.Правила предоперационной верификации

3.Правила передачи информации устно и по телефону

4.Медицинская карта

5. Опрос персонала и пациентов

Критерий 17.6 Риск падения каждого пациента, включая потенциальный риск, связанный с медикаментозным лечением пациента:

1. оценивается и периодически оценивается повторно;
2. снижается или устраняется путем принятия мер там, где обнаружены риски.

*Комментарии:*

Падения являются существенной причиной травматизации госпитализированных пациентов. Организация должна оценивать риск падений пациента и предпринимать действия для снижения риска.

Если состояние пациента оценено как «плохое» или пациент принимает препараты (транквилизаторы), то риск падения может возрасти. Оценка риска падения, своевременные советы пациенту о том, как можно улучшить силу мышц и безопасную ходьбу, предотвращают случаи падения.

В медицинской организации проводится оценка риска падений (прошлых падений, принятых медикаментов и алкоголя, координации и походки, наличие у пациента приспособлений, костылей, кресла-каталки и др.), которые он использует при передвижениях.

Организация разрабатывает Программу по снижению риска падения пациентов. Данная программа должна включать мониторинг ожидаемых и непреднамеренных последствий мер по предотвращению падения пациентов.

При получении медицинской помощи пациент имеет право на получение исчерпывающей информации о состоянии своего здоровья, включая данные о возможном риске и преимуществах предлагаемых и альтернативных методов лечения, сведения о возможных последствиях отказа от лечения, информацию о диагнозе, прогнозе и плане лечебных мероприятий в доступной для пациента форме, а также на разъяснение причин выписки его домой или перевода в другую медицинскую организацию.

*Нормативная основа:*

Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с [изменениями и дополнениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1001176508) по состоянию на 15.04.2013 г.).

*Доказательства:*

1. Программа по предотвращению падений.

2. Методика оценки риска падения.

3. Отчет об инциденте (факт падения)

5. Проверка медицинских записей (первичная и повторная оценка)

*Критерий 17.7* В течение всего времени оказания услуг пациенту между различными услугами поддерживается целостность и непрерывность путем:

1. проведения для персонала ознакомительного инструктажа по индивидуальным потребностям каждого пациента и выполнению поставленных задач;
2. того, что группа, осуществляющая уход, проводит регулярные обсуждения динамики состояния пациента;
3. использования стандартного подхода к сдаче дежурства между сменами, преемственности между сменами, включая обновленную информацию по состоянию каждого пациента, сообщая о любых инцидентах и предоставляя возможность задавать вопросы о пациентах и отвечать на них;
4. соблюдения комплекса процедур по переводу пациента из одного отделения в другое с соответствующей информацией, сопровождающей пациента;
5. ведения медицинской карты пациента с внесением точных и своевременных записей о динамике состояния.

 *Комментарии:*

Лечащий врач инструктирует персонал об особенностях лечения и ухода за пациентом. В отделении регулярно обсуждается динамика состояния пациента (во время обходов, планерок и др.), с внесением точных и своевременных записей в медицинскую карту. Разработан порядок сдачи дежурств между сменами. Разработан порядок перевода пациентов из одного отделения в другое.

Организация планирует и внедряет процессы, обеспечивающие преемственность и координацию оказания медицинских услуг между врачами, медицинскими сестрами, и другими специалистами в экстренной службе, приемном отделении, диагностических, клинических отделениях

 ***Нормативная основа***:

Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» ***(****с*[изменениями и дополнениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1001176508)*по состоянию на 15.04.2013 г.),* Постановление Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2011года №1464 «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи»; Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 июня 2011 года № 372 «Об утверждении Положения об организациях, оказывающих анестезиологическую и реаниматологическую помощь населению Республики Казахстан», Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 22 сентября 2011 года № 647 «Об утверждении Положения об организациях здравоохранения, оказывающих кардиологическую, интервенционную кардиологическую и кардиохирургическую помощь населению Республики Казахстан», Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 сентября 2011 года № 617 «Об утверждении Инструкции по организации деятельности приемного отделения медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь», Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 мая 2010 года № 389 «Об утверждении Инструкции по мониторингу критических состояний у беременных женщин, рожениц, родильниц».

*Доказательная база:*

1. Медицинская карта.

2. Порядок сдачи дежурств между сменами.

3. Порядок перевода пациентов из одного отделения в другое.

 ***Критерий 17.8*** Динамика состояния пациента в достижении целей и ожидаемых результатов в его плане лечения:

1. регулярно отслеживается в координации с пациентом и его семьей;
2. измеряется с использованием количественных и качественных методов оценки;
3. заносится в медицинскую карту пациента.

*Комментарии:*

Состояние пациента оценивается в динамике с использованием количественных и качественных методов оценки. Результаты доводятся до пациента и его родственников, записываются в медицинскую карту.

*Нормативная основа:*

Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» *(с*[изменениями и дополнениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1001176508)*по состоянию на 15.04.2013 г.);* Постановление Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2011года №1464 «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи»; Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 июня 2011 года № 372  «Об утверждении Положения об организациях, оказывающих анестезиологическую и реаниматологическую помощь населению Республики Казахстан», Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 22 сентября 2011 года № 647 «Об утверждении Положения об организациях здравоохранения, оказывающих кардиологическую, интервенционную кардиологическую и кардиохирургическую помощь населению Республики Казахстан».

*Доказательная база:*

1. Медицинская карта

2. СОПы по уходу за пациентом.

 3. СОПы по ведению медицинской документации.

 ***Критерий 17.9*** План лечения пациента пересматривается в соответствии с результатами повторной оценки и прогрессом в достижении определенных целей при помощи:

1. определения и рассмотрения барьеров, которые могут помешать пациентам достичь цели их лечения;
2. пересмотра, в зависимости от обстоятельств, целей и ожидаемых результатов, режимов лечения и временных рамок.

*Комментарии:*

План лечения пациента корректируется с учетом изменений состояния пациента, результатов повторных лабораторных исследований, инструментальных исследований, с учетом рекомендаций консультантов, заключения консилиума.

*Доказательная база:*

1. Медицинская карта

2. Интервью пациента, сотрудников

 **Критерий 17.10** Идентификация пациентов: коэффициент пациентов, у которых есть надлежащая идентификация (двойные идентификаторы):

1. оценивается за определенный период времени;
2. анализируется для возможных действий;
3. коэффициент доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.

*Комментарии:*

 В медицинской организации внедрен мониторинг процесса идентификации пациентов. Ответственные лица (служба внутреннего аудита) периодически оценивают, как идентифицируются пациенты при проведении процедур и манипуляций. Например, при раздаче медикаментов, при заборе крови на анализ и др.

 Выявленные факты ненадлежащей идентификации фиксируются в журнале. Ошибки анализируются для принятия управленческих решений.

Расчетная формула:

Коэффициент идентификации пациентов =

Количество пациентов, у которых есть надлежащая идентификация (двойные идентификаторы)\*100/ Общее количество пациентов, находящихся на лечении в данный момент.

*Доказательная база:*

1. Журнал регистрации ненадлежащей идентификации.

2. Отчет службы внутреннего аудита.

3. Правила идентификации пациента.

 ***Критерий 17.11*** Коэффициент ошибок в передаче информации в пунктах перехода (при передаче смены, смена службы, передвижение между службами):

1. оценивается за определенный период времени;
2. анализируется для возможных действий;
3. коэффициент доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.

*Комментарии:*

 Важным моментом является сбор информации, касательно ошибок в точках перехода, регистрация ошибок. Отмечается крайнее нежелание персонала представлять отчеты, связанные с ошибками. Необходимо определить процесс регистрации ошибок

Расчетная формула:

Коэффициент ошибок = Количество ошибок за отчетный период времени\*100/ Общее количество наблюдений.

 ***Доказательная база:***

1. Алгоритм регистрации ошибок.

2. Журнал регистрации ошибок.

3. Акты и протоколы службы внутреннего аудита.

Окончание обслуживания

Критерий 17.2 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;
4. будущих назначений или иных соглашений и договоров по окончанию услуги;
5. обзора результатов предоставленного ухода и лечения, и последующих взаимодействий до конца услуги;

занесения в медицинскую карту пациента последующих планов и направлений пациента к другим лечебным учреждениям или в другие организации.

*Комментарии:*

Перевод и выписка пациента основаны на состоянии здоровья пациента и необходимости продолжения лечения. Лечащий врач определяет готовность пациента к выписке на основе правил организации и показаний к выписке или переводу. Примером продолжения медицинской помощи может являться перевод к другому специалисту (например, реабилитологу) или перевод на профилактическое лечение. Семья пациента участвует в планировании выписки пациента.

При выписке могут потребоваться медицинские и другие поддерживающие услуги. Например, пациент может нуждаться в социальной, психологической или другой поддержке.

Пациент имеет право на исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья, включая данные о возможном риске и преимуществах предлагаемых и альтернативных методов лечения, сведения о возможных последствиях отказа от лечения, информацию о диагнозе, прогнозе и плане лечебных мероприятий в доступной для пациента форме, а также разъяснение причин выписки его домой или перевода в другую медицинскую организацию.

В выписном эпикризе указывается на необходимость повторного обследования реципиента на ВИЧ и гепатиты «В» и «С» (Правила хранения, переливания крови, ее компонентов и препаратов (с [изменениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1002587725) от 26.07.2012 г.), утвержденные приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 ноября 2009 года № 666).

Перевод больных из одной группы диспансерного учета в другую осуществляется решением ЦВКК и оформляется  эпикризом, который приобщается к медицинской карте амбулаторного больного (Совместный приказ Министра внутренних дел Республики Казахстан от 29 февраля 2012 года № 117и Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 февраля 2012 года № 115 «Об утверждении Правил организации противотуберкулезной помощи лицам, содержащимся в учреждениях уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел Республики Казахстан»).

*Нормативная основа:*

Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения *(с*[изменениями и дополнениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1001176508)*по состоянию на 15.04.2013 г.);* Постановление Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2011года №1464 «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи»; Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 июня 2011 года № 372  «Об утверждении Положения об организациях, оказывающих анестезиологическую и реаниматологическую помощь населению Республики Казахстан», Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 мая 2010 года № 389
«Об утверждении Инструкции по мониторингу критических состояний у беременных женщин, рожениц, родильниц».

Доказательная база:

1. Правила и процедуры выписки стационарного больного.

2. Медицинские карты переводимых пациентов содержат документы, согласно требованиям.

 **Критерий 17.3** Выписной эпикриз оформляется и

1. выдается пациенту за час до выписки или перевода;
2. содержит
* причины госпитализации,
* значимые заключения,
* диагноз,
* любые выполненные процедуры,
* любые назначенные лекарственные препараты и прочие виды лечения,
* состояние пациента при выписке,
* лекарственные препараты при выписке и другие последующие инструкции,
* указание того, были ли достигнуты цели ухода и лечения,
* рекомендации по дальнейшему лечению и наблюдению пациента;
1. в случае смерти, соответствующая информация о смерти передается в уполномоченный орган.

*Комментарии:*

Выписной эпикриз оформляется лечащим врачом и отражает весь период болезни или состояния пациента во время нахождения на лечении. Информация из выписки используется медицинскими работниками, ведущими лечение и наблюдение пациента после выписки.

Выписной эпикриз содержит информацию о причине поступления, основные диагнозы и сопутствующую патологию, объективные данные осмотра, проведенные методы исследования, виды операции с указанием названия, объёма, метода обезболивания, осложнений, проведенное лечение (название лекарственного препарата, его форма, доза, кратность и длительность введения). Эффект от проведенной терапии. Результаты осмотров специалистов, консилиумов, Рекомендации с указанием конкретных мероприятий, при продолжении медикаментозной терапии – доза, метод и форма введения, длительность приёма.

По международным нормам, эпикриз выдается пациенту за час до выписки или перевода.

***Нормативная основа:***

Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 января 2013 года № 12 «Об утверждении Правил оплаты за оказанные медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, осуществляемые за счет средств республиканского бюджета» *(с*[изменениями и дополнениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1003451407" \t "_parent)*по состоянию на 04.03.2013 г.)*

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 января 2012 года № 3**«**Об утверждении Правил контроля качества и объема оказанной медицинской помощи, формирования документов для оплаты стационарных и стационарозамещающих медицинских услуг и амбулаторно-поликлинической помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, финансируемых за счет средств республиканского бюджета» *(с*[изменениями и дополнениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1002381371" \t "_parent)*по состоянию на 04.03.2013 г.),*

Приложение 3 к [приказу](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1001262388" \t "_parent) и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 ноября 2009 года № 666 «Правила хранения, переливания крови, ее компонентов и препаратов» *(с*[изменениями](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1002587725" \t "_parent)*от 26.07.2012 г.)*

 ***Доказательная база:***

1. Правила и процедуры выписки стационарного больного.

2. Медицинские карты переводимых пациентов содержат документы согласно требованиям.

 **Критерий 17.4** Персонал удовлетворяет нужды умирающих пациентов:

1. помогая им в ослаблении боли и симптомов;
2. предоставляя уважительный и сострадательный уход;
3. обеспечивая текущую коммуникацию относительно прогресса болезни, симптомов и других вариантов ухода;
4. удовлетворяя их потребность в уединении, психологической и эмоциональной поддержке, а также духовных и культурных потребностей;
5. помогая им и их семьям подготовиться к летальному исходу.

*Комментарии:*

Умирающие больные нуждаются в уважительном и сострадательном обращении и уходе. Уход за умирающим пациентом это медицинская помощь, оказываемая в тех случаях, когда доступными методами лечения невозможно предотвратить фатальный исход заболевания или состояния, а также медицинская помощь, оказываемая непосредственно перед смертью пациента.

Умирающий больной в интенсивном лечении не нуждается. В связи с этим в последние десятилетия всё большее развитие получает так называемый комфортный поддерживающий уход. Его особенностью является ограничение инвазивных методов (катетеризация, пункция); сокращение диагностических манипуляций; тщательный гигиенический уход; адекватное обезболивание; адекватное питание; психологический комфорт, который обеспечивается окружением родственников, психотерапевтом, священником или транквилизаторами.

Перевод на комфортный поддерживающий уход осуществляют по решению самого больного или законных представителей по рекомендации врача, представляющего полную информацию о характере патологии и прогнозе.

Паллиативная помощь оказывается под руководством врача неизлечимым больным в терминальной (конечной) стадии заболевания в специализированных структурных подразделениях, самостоятельных медицинских организациях (хосписах) или в форме стационара на дому.

Сестринский уход осуществляется в случаях, не требующих врачебного наблюдения, в специализированных структурных подразделениях, самостоятельных медицинских организациях (больницах сестринского ухода) или в форме стационара на дому.

 *Нормативная основа:*

Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» *(с*[**изменениями и дополнениями**](http://online.zakon.kz/Document/?link_id=1001176508)*по состоянию на 15.04.2013 г.);* Постановление Правительства Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 1938 «Об утверждении перечня категорий населения, подлежащих паллиативной помощи и сестринскому уходу».

***Доказательная база:***

1. Опрос медицинского персонала, родственников пациента.

2. Оценка качества выполнения критерия и знаний персонала.

3. Правила оказания медицинской помощи умирающим пациентам.

4. Правила оказания помощи коматозным пациентам.

5. Правила оценки боли. Лист оценки боли.

 Стандарт 18.0 «АНЕСТЕЗИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ»

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

**Нормативная правовая база:**

1. Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 марта 2012 года № 396 «Об утверждении Правил использования в медицинских целях наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих контролю в Республике Казахстан»;
2. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 июня 2011 года № 372 «Об утверждении Положения об организациях, оказывающих анестезиологическую и реаниматологическую помощь населению Республики Казахстан»;

***Критерий 18.1*** Анестезия (в том числе и глубокая седация) и хирургические услуги выполняются квалифицированными специалистами в соответствии с письменными политиками и процедурами и доступны в рабочее время, а также принимаются меры для оказания неотложной помощи в нерабочее время.

***Комментарии.***

Анестезиологические и хирургические услуги в МО оказываются в соответствии с политиками и процедурами, разработанными на основании действующих законодательных актов. Услуги оказываются квалифицированными специалистами, уровень подготовки, компетентность и опыт которых соответствуют предъявленным требованиям. Для оказания анестезиологических и хирургических услуг в нерабочее время организуются дежурства или пользуются услугами внешних организаций.

***Доказательная база.***

1. Личные дела сотрудников, оказывающих хирургические и анестезиологические услуги;
2. положение о хирургической службе;
3. стандарты проведения анестезиологических пособий;
4. стандарты проведения оперативных вмешательств;
5. график дежурств анестезиологов и хирургов.

***Критерий 18.2*** Каждый пациент:

1. перед анестезией оценивается квалифицированным специалистом;
2. осматривается непосредственно перед вводным наркозом;
3. получает информацию о возможных рисках и преимуществах анестезии и альтернативных тактиках.

***Комментарии.***

Обследование перед анестезией проводится анестезиологом или другим квалифицированным врачом. Обследование перед вводом в наркоз проводят отдельно. В экстренных ситуациях обследования проводят одно за другим, но документируют отдельно.

В результате обследования выбирается метод анестезии, выявляются возможные риски анестезии, ее преимущества и альтернативы обсуждаются с пациентом. Обсуждение проводят как часть процесса получения информированного согласия на анестезию.

***Доказательная база.***

1. Соответствующие записи в медицинской карте пациента;
2. информированное согласие пациента на проведение анестезии;
3. порядок получения информированного согласия;
4. правила осмотра пациента перед анестезией.

***Критерий 18.3*** Физиологическое состояние пациента во время анестезии находится под непрерывным контролем анестезиолога и после анестезии в послеоперационной палате за пациентом ведет наблюдение квалифицированная медсестра.

***Комментарии.***

Во время анестезии непрерывно осуществляется мониторинг физиологического состояния пациента. Методы мониторинга зависят от состояния пациента, метода анестезии, сложности оперативного вмешательства и других факторов. Результаты мониторинга отражаются в медицинской карте пациента.

***Доказательная база.***

1. Соответствующие записи в медицинской карте пациента;
2. лист течения анестезии (наркозная карта);
3. правила проведения мониторинга физиологического состояния пациента во время анестезии.

***Критерий 18.4*** Запись течения анестезии/седации включает:

1. информацию по введенным пациенту лекарственным препаратам, жидкостям, препаратам крови и кровезаменителям;
2. информацию о фактически использованных анестезиологических препаратах;
3. любые необычные события или осложнения анестезиологического пособия;
4. время начала и окончания анестезии;
5. фамилию и подпись анестезиолога или квалифицированного врача.

***Комментарии.***

Запись проведенного анестезиологического пособия включает информацию, требуемую по критерию.

***Доказательная база.***

1. Соответствующие записи в медицинской карте пациента;
2. лист течения анестезии (наркозная карта).

***Критерий 18.5*** На основании документирования результатов мониторинга состояния во время восстановления, пациент переводится квалифицированным специалистом в профильное подразделение, а время поступления, выписки или перевода фиксируется.

***Комментарии.***

Результаты мониторинга состояния пациента после анестезии заносятся в медицинскую карту пациента. Перевод пациента после выхода из наркоза в профильное отделение производится по решению квалифицированного специалиста или в соответствии с установленными критериями. Время перевода фиксируется.

***Доказательная база.***

1. Соответствующие записи в медицинской карте пациента;
2. правила перевода пациента из одного отделения в другое.

***Критерий 18.6*** Каждый этап анестезиологического пособия записывается в медицинской карте пациента.

***Комментарии.***

Проведенное анестезиологическое пособие документируется в медицинской карте пациента.

***Доказательная база.***

1. Соответствующие записи в медицинской карте пациента;
2. лист течения анестезии (наркозная карта).

***Критерий 18.7*** Хирургическая помощь планируется и документируется на основании результатов предоперационной оценки, предоперационного диагноза и обсуждения с пациентом и семьей метода, тактики, предполагаемого объема, возможных рисков и альтернативных методов лечения.

***Комментарии.***

Все проводимые оперативные вмешательства тщательно планируются на основании данных анамнеза, осмотра, результатов проведенных исследований и оценки состояния пациента, что является основой для выбора надлежащей хирургической тактики. Риск хирургического вмешательства, преимущество хирургического вмешательства и альтернативные способы лечения обсуждаются с пациентом и членами его семьи.

***Доказательная база.***

1. Соответствующие записи в медицинской карте пациента;
2. опрос пациентов;
3. информированное согласие пациента на проведение оперативного вмешательства;
4. порядок получения информированного согласия.

***Критерий 18.8*** Персонал работает по определенным процедурам с целью обеспечения безопасности пациента во время операции, включая:

1. верификацию соответствующих документов и проверку требуемого функционирующего оборудования перед началом оперативного или инвазивного вмешательства;
2. проведение идентификации пациента, верификацию планируемой процедуры и участка вмешательства непосредственно перед началом хирургической или инвазивной процедуры;
3. нанесение маркировки с участием пациента на месте предполагаемой хирургической операции либо инвазивной процедуры;
4. ведение документированного учета точного количества мягкого и твердого инвентаря до и после оперативного вмешательства.

***Комментарии.***

С целью обеспечения безопасности пациента во время операции проводятся: проверка наличия и функционирования инструментов и оборудования, идентификация пациента, верификация и маркировка участка тела, учета количества мягкого и твердого инвентаря.

***Доказательная база.***

1. Правила идентификации пациентов;
2. порядок верификации участка для проведения инвазивных и хирургических процедур;
3. лист предоперационной верификации;
4. лист учета мягкого инвентаря и игл;
5. лист учета инструментов;
6. опрос медицинского персонала.

***Критерий 18.9*** До перевода пациента из послеоперационной палаты в профильное отделение в медицинской карте производится подробный письменный отчет о хирургическом вмешательстве, включающий:

1. описание хирургической процедуры;
2. результаты;
3. информацию о взятии образцов ткани;
4. ФИО хирурга и ассистентов, операционной сестры.

***Комментарии.***

В письменном отчете о хирургическом вмешательстве описывается полностью хирургическая процедура, его результаты, информация о взятии образцов ткани, ФИО хирурга и ассистентов, операционной стестры.

***Доказательная база.***

1. Протоколы операций;
2. журнал записи операционных вмешательств.

***Критерий 18.10*** Коэффициент использования контрольного перечня по хирургической безопасности, рекомендованного ВОЗ:

1. оценивается за определенный период времени;
2. анализируется для возможных действий;
3. доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.

***Комментарии.***

Заведующие структурными подразделениями ежеквартально рассчитывают данный индикатор, который показывает коэффициент использования контрольного перечня по хирургической безопасности.

Формула расчета индикатора:

Число использования проверочных листов по хирургической безопасности ВОЗ\*100/общее число проведенных операций за отчетный период.

Служба внутреннего аудита агрегирует результаты в единую базу, проводит мониторинг показателей в динамике. Включает результаты мониторинга в отчеты.

***Доказательная база.***

1. Медицинская карта стационарного больного;
2. отчет службы внутреннего аудита.

***Критерий 18.11*** Коэффициент необоснованного использования наркотических препаратов:

1. оценивается за определенный период времени;
2. анализируется для возможных действий;
3. доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.

***Комментарии.***

Заведующие структурными подразделениями ежеквартально рассчитывают данный индикатор, который показывает обоснованность назначения наркотических препаратов.

Формула расчета индикатора:

Количество необоснованного использования наркотических препаратов\*100/общее количество использования наркотических препаратов.

Служба внутреннего аудита агрегирует результаты в единую базу, проводит мониторинг показателей в динамике. Включает результаты мониторинга в отчеты.

***Доказательная база.***

1. Медицинская карта стационарного больного;
2. журнал учета наркотических средств;
3. отчет службы внутреннего аудита.

## Стандарт 19.0 ЛАБОРАТОРНАЯ СЛУЖБА

**Объем лабораторных услуг в медицинской организации четко определен**.

***Критерий 19.1*** Оказываемые услуги и их организация четко описаны и могут включать в себя:

* гистопатологию и цитологию,
* клиническую химию,
* гематологию,
* микробиологию (бактериологию),
* паразитологию,
* диагностическую иммунологию и серологию,
* радиоиммуноанализ,
* общую клинику,
* молекулярно-биологический (включает генетический) анализ,
* химико- токсикологический анализ,
* вирусологию.

 ***Комментарии:***

Деятельность лабораторной службы осуществляется в соответствии с НПА. В ЛПО лаборатория может иметь статус самостоятельного подразделения или может входить в состав отделения (реанимационного, приемного покоя, гемодиализа и т.п.).

***Нормативная основа:***

Постановление Правительства № 1566 от 21.12.2011 г. «Об утверждении Положения о деятельности организаций и (или) структурных подразделений организаций здравоохранения, осуществляющих лабораторную диагностику, а также объема и видов проводимых ими исследований», Постановление Правительства Республики Казахстан от 31 января 2013 года № 71 «О некоторых вопросах лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности», Положение о лаборатории, утвержденное первым руководителем ЛПО (на основании Постановления Правительства РК от 21.12.2011 №1566), Приложение к лицензии ЛПО на все виды лабораторных исследований.

***Доказательная база:***

Перечень всех оказываемых услуг, выполняемых в лаборатории;

Положение о лаборатории;

Приложение к лицензии.

 ***Критерий 19.2*** Правила и процедуры устанавливают мероприятия в рамках лабораторной службы

 ***Комментарии:***

 При разработке правил и процедур руководствуются НПА, методическими руководствами по лабораторной службе. Правила и процедуры разрабатываются персоналом лаборатории, утверждает документы директор медицинской организации.

Процедуры и правила разрабатываются в отношении общих процедур:

- Системы тестирования: подготовка производственных участков к работе,

метод взятия проб.

- Лабораторные методы: отбор проб, идентификация, маркировка, мойка

материала, стерилизация материала, хранение образцов, маркировка материалов и реактивов, растворов.

- Аспекты, связанные с персоналом: профессиональная подготовка, порядок

обращения с опасными химическими веществами, техника безопасности.

- Эталонные материалы: идентификация, порядок обращения, прием, хранение, использование.

- Архив: ведение документации, распределение и обновление.

- Оборудование: калибровка, описание порядка использования и организации работы оборудования.

- Методы исследований: методы для обработки и анализа различных проб, направляемых в лабораторию.

При разработке документов основываются на рекомендациях Руководства Европейского регионального бюро ВОЗ по разработке стандартов для лабораторий по диагностике инфекционных болезней в Европе.

 ***Доказательная база:***

 Правила и процедуры, регламентирующие все этапы лабораторных исследований:преаналитический, аналитический, постаналитический.

Программа безопасности пациента при проведении исследований.

Программа контроля лабораторного оборудования.

Инструкции по сбору биологического материала (методы забора биологического материала: стандартный способ получения образцов биологического материала-сыворотки, плазмы крови, мочи, забор патологического материала, забор отделяемого женских половых органов).

 Инструкции по идентификации образцов, пациента, специалиста.

Инструкции по транспортировке, хранению, и сбережению образцов.

Инструкции по получению, регистрации результатов.

 **Система управления качеством в лаборатории**

 ***Критерий 19.3*** Проводится регулярный мониторинг стандартов ISO по принципу самооценки.

 ***Комментарии:***

Медицинская организация на регулярной основе проводит мониторинг выполнения стандартов СТРК ИСО 15189 «Специфические требования к качеству и компетенции медицинских лабораторий».

 ***Доказательная база:***

Процедуры мониторинга выполнения стандартов ИСО 15189:

1. Приказ первого руководителя о проведении самооценки.

2. «Руководство по качеству».

3. Результаты анализа и отчеты руководства или ответственных лиц;

4. Протоколы собраний сотрудников лаборатории по внедрению стандарта ИСО 15189.

5. План по устранению несоответствий.

**Руководство лаборатории**

 ***Критерий 19.4*** Руководитель лабораторной службы имеет соответствующую квалификацию (включая клинические и управленческие требования).

 ***Комментарии:***

Руководитель лабораторной службы соответствует квалификационным характеристикам должностей работников здравоохранения, имеет клинический и организаторский опыт работы.

Руководитель лаборатории ответственен за лабораторную службу.

В обязанности включены:

* развитие, осуществление и поддержание правил и процедур;
* административный надзор;
* поддержание любой необходимой программы
* контроля качества;
* рекомендацию внешней лабораторной службы;
* контроль и анализ всех лабораторных служб.

 ***Доказательная база:***

1. Должностные инструкции руководителя лаборатории;
2. Документы, подтверждающие образование, опыт, знания на соответствие занимаемой должности.
3. Лист оценки специалиста.

***Критерий 19.6*** Описание должностных обязанностей руководителя лабораторной службы определяет следующие обязанности:

1. обзор клинической и технической компетентности персонала;
2. передача полномочий, если применимо;
3. участие в разборе жалоб;
4. консультативная помощь при оценке нового оборудования;
5. оказание консультативной помощи по клиническим и техническим процедурам, современной наилучшей практике и важным научным находкам для клинического и технического персонала;
6. организация разработки всех клинических и технических правил, процессов и процедур;
7. несет ответственность за создание и функционирование системы управления качеством лабораторных услуг.

 ***Комментарии:***

Должностные обязанности руководителя лабораторной службы включают оценку клинической и технической компетентности персонала, организация процедуры разработки процедур, политик, правил, участие в разборе жалоб, консультации при оценке нового оборудования, вопросы контроля и качества услуг, обеспечение конфиденциальности информации, ответственность.

 ***Нормативная основа:***

 Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 декабря 2009 года № 2301 «Об утверждении квалификационных требований, предъявляемых при лицензировании медицинской и фармацевтической деятельности (с изменениями и дополнениями по состоянию на 07.06.2012 г.)

 ***Доказательная база:***

Должностные инструкции (информационный лист).

 ***Критерий 19.6*** Руководитель лабораторной службы обеспечивает надлежащую штатную укомплектованность, техническую оснащенность и инфраструктуру для того, чтобы лабораторная служба могла должным образом выполнять свои функции.

 ***Комментарии:***

Руководитель лабораторной службы принимает участие в пересмотре штатного расписания с учетом нагрузки на сотрудников, в соответствии с приказом МЗРК от 7 апреля 2010года №238 «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организации здравоохранения».

 Руководитель лабораторной службы участвует в составлении заявки на лабораторное оборудование с технической характеристикой, приборов с учетом профиля медицинской организации и ежегодной заявки на реагенты и ИМН.

 ***Доказательная база:***

1. Штатное расписание лаборатории.
2. Ежегодная заявка на реактивы и ИМН
3. Договора на поставку и сервисное обслуживание оборудования;
4. Программа инвентаризации оборудования

 ***Критерий 19.7*** Руководитель лабораторной службы обеспечивает функционирование системы управления качеством лабораторных услуг.

***Критерий*** ***19.8*** Руководитель лабораторной службы обеспечивает, чтобы все лабораторные услуги предоставлялись в соответствии с установленными правилами и процедурами оказания услуг.

 ***Комментарии:***

В лаборатории есть четкие инструкции для оценки всех реактивов на соответствие и качество. Инструкциями регламентировано назначение тестов. В инструкциях регламентированы особенности сбора и идентификации образцов. В правила и процедурах определены транспортировка, хранение и соблюдение сохранности образцов. Письменные правила регламентируют прием и отслеживание образцов.

 ***Доказательная база:***

1. Инструкции для назначения тестов

2.Инструкции по сбору и идентификации образцов

3.Инструкции по транспортировке, хранению, и сбережению образцов

4.Инструкции по получению, регистрации тестов

***Критерий 19.9*** Руководитель лабораторной службы обеспечивает, чтобы проводился непрерывный мониторинг качества и выполнялся текущий план повышения качества.

 ***Комментарии:***

Для безопасной и качественной деятельности лаборатории, в медицинской организации разрабатывается программа контроля качества, включающая следующие этапы:

1) Преаналитический этап. Контролю подлежат процедуры:

· подготовка пациента,

· взятие биоматериала,

· идентификация проб,

· первичная обработка проб,

· использование консервантов,

· транспортировка проб,

· хранение проб до выполнения анализа.

2) Аналитический этап. Контролю подлежат:

· дозирование проб и реагентов,

· проведение реакции (перемешивание, термостатирование, время

реакции и т. п.),

· измерение (фотометрирование, подсчёт клеток и т.п.),

· расчёт результатов.

3) Постаналитический этап. Контролю подлежат:

· оформление бланка с результатами,

· оценка результата,

· доведение результата до сведения лечащего врача.

 ***Доказательная база:***

1. Программа контроля качества для лаборатории.

2. Программа контроля лабораторного оборудования.

**Ресурсы, имеющиеся для оказания качественных лабораторных услуг**

 ***Критерий 19.10*** Имеется надлежащая численность компетентного персонала, способного оказывать объем услуг лаборатории.

 ***Комментарии:***

КДЛ укомплектована достаточным количеством персонала, в соответствии с приказом МЗРК от 7 апреля 2010года №238 «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организации здравоохранения». Организация определяет, какие сотрудники выполняют

техническую работу (тестирование), контролирование тестирование и интерпретацию анализов

 ***Доказательная база:***

Уровень укомплектованности персонала.

Лабораторные услуги выполняют, результаты интерпретируют квалифицированные специалисты.

 Имеется контролирующий персонал с соответствующей квалификацией и опытом работы.

 Программа по кадровой политике.

Должностные инструкции.

Индивидуальный лист специалиста.

***Критерий 19.11*** 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;

система обеспечения бесперебойного электропитания оборудования.

 ***Комментарии:***

В медицинской организации все оборудование, используемое в работе, содержится в надлежащем состоянии. Существует программа контроля лабораторного оборудования, где предусмотрены:

* выбор и приобретение оборудования;
* идентификация и инвентаризация оборудования;
* проверка оборудования посредством осмотра,
* тестирования, калибровки и поддержки в надлежащем состоянии;
* контроль, реагирование, уведомление о рисках.

***Нормативная основа:***

Приказ № 17 от 06.01.2011г. О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 октября 2010 года № 850 «Об утверждении минимальных стандартов (нормативов) оснащения медицинской техникой и изделиями медицинского назначения государственных организаций здравоохранения».

***Доказательства:***

1. Заявки на приобретение оборудования с техническими характеристиками и эксплуатационными требованиями;

2. Заявки на расходные материалы (реактивы, одноразовые пробирки и т.д.);

3. Договора на поставку реактивов;

4. Договора на техническое (сервисное) обслуживание оборудования;

5. Протоколы эксплуатационных характеристик, подтверждающие пригодность оборудования к использованию;

6. Журнал регистрации поломок оборудования;

7. Наличие сертификатов у персонала на доступ к работе на оборудовании;

9. Наличие программ инвентаризации с указанием серийного номера, даты получения и ввода в эксплуатацию;

10. Наличие заключений (сертификатов) метрологических служб на измерительные приборы;

11. Документы (рабочие журналы, графики, карты и др.), подтверждающие частоту и способы калибровки;

12. Документы, подтверждающие контроль качества оказываемых услуг (внутри лабораторный и внешний контроль качества);

13. Наличие систем бесперебойного электропитания оборудования;

14. Резервные копии электронных записей.

15. Программа контроля лабораторного оборудования.

16. Инструкции по использованию и организации работы оборудования.

17. Инструкции по калибровке.

18. Руководство по эксплуатации оборудования

 ***Критерий 19.2*** Здание и инфраструктура лаборатории соответствуют для безопасного оказания объема услуг лаборатории.

***Комментарии:***

Помещение лаборатории должно соответствовать требованиям НПА по лабораторной службе и СанПиН.

***Нормативная основа:***

Постановление Правительства Республики Казахстан от 10.01.2012 № 13 «Об утверждении санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к лабораториям».

## Стандарт 20.0 «СЛУЖБА ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ»

Услуги по переливанию крови оказываются своевременно и безопасным путем и соответствуют выявленным потребностям пациента.

**Информированное согласие реципиента**

 Критерий 20.1 Персонал следует документально оформленной политике и процедурам по получению информированного согласия реципиента, что включает:

1. получение согласия для рутинных процедур и критических процедур, связанных с высоким риском;
2. установление способности реципиента на принятие решения о своем согласии;
3. установление того, кто может дать согласие, кроме реципиента;
4. обращение с потенциально опасными пациентами или пациентами, отказывающимися от лечения;

документирование информированных решений и кем они были приняты.

Нормативная основа:

Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»; Приказ МЗ РК от 26 июля 2012 г. №501 «О внесений изменений в приказ и.о. Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 6 ноября 2009года №666 «Об утверждении Номенклатуры, Правил заготовки, переработки, хранения, реализации крови и ее компонентов, а также Правил хранения, переливания крови, ее компонентов и препаратов» (приложение №3).

Комментарии:

Персонал медицинской организации в своей деятельности руководствуется политиками и процедурами по получению информированного согласия, разработанными в соответствии с действующими НПА.

Информированное добровольное согласие/отказ на переливание компонентов и (или) препаратов донорской крови

составляется в соответствии с пунктами 3, 4 статьи 91 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»

***Список сокращений***

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ДИ – должностные инструкции

ИС – информационная система

КИК – комиссия инфекционного контроля

МО – медицинская организация

ПП – Постановление Правительства

РК – Республика Казахстан

СНИП – санитарные нормы и правила

СОП – стандарт операционной процедуры

СТО – станция технического обслуживания

ТБ – техника безопасности

ТЭП – технико-экономические показатели

ФИО – фамилия, имя, отчество

ЧС – чрезвычайная ситуация

1. \* несанкционированный доступ – доступ субъекта к объекту в нарушение установленных в системе правил разграничения доступа. [↑](#footnote-ref-1)