

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

**СТАНДАРТЫ АККРЕДИТАЦИИ
для медицинских организаций,
оказывающих амбулаторно-
поликлиническую помощь**

3-е издание

Астана, 2016 г.

ПРЕДИСЛОВИЕ

К СТАНДАРТАМ

аккредитации для медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь

В соответствии с Кодексом Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года (ст.14), государственной программой развития здравоохранения на 2016-2019 годы «Денсаулық», Министерство здравоохранения и социального развития РК в целях реализации планомерного процесса совершенствования стандартов, что соответствует наилучшим международным практикам пересмотрело и обновило и утверждает настоящее третье издание стандартов аккредитации для медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь.

Эти стандарты значительно улучшены по сравнению с предыдущим 2-м изданием, потому что они включают действующие требования Международного Общества по Качеству в здравоохранении (ISQua) из руководства для стандартов в здравоохранении, версия 1.2 от сентября 2015 года; применимые лучшие примеры стандартов для амбулаторных организаций из действующего 3 издания международных стандартов аккредитации Joint Commission International (JCI) от 2014 года и текущие рекомендации и решения ВОЗ по безопасности пациента.

Пересмотр стандартов проведен с участием мультидисциплинарных групп и всех заинтересованных участников, включая аккредитованные медицинские организации, местных и международных экспертов по качеству и аккредитации, национальных экспертов по аккредитации, уполномоченных органов в сфере здравоохранения, врачей, медицинских сестер, администраторов и медицинских работников параклинических специальностей.

Сфера применения данных стандартов – использование при проведении самооценки и внешней комплексной оценки (аккредитации) медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь.

Цель стандартов – объективизация процесса самооценки и внешней комплексной оценки (*оценка соответствия стандартам аккредитации*) медицинских организаций.

Структура стандартов: предполагается применение стандартов по всей организации; клиническая часть (раздел D) охватывает все виды клинических услуг.

Сохранены те же четыре раздела, что и в предыдущих изданиях:

- Раздел А: РУКОВОДСТВО

- Раздел В: УПРАВЛЕНИЕ РЕСУРСАМИ
- Раздел С: УПРАВЛЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТЬЮ
- Раздел D: ЛЕЧЕНИЕ И УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ

При разработке текущей 3-й версии стандартов для организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, были использованы следующие принципы разработки стандартов согласно лучшей мировой практике:

1. Каждый раздел должен содержать тематически-связанные стандарты. Разделы обозначаются латинскими заглавными буквами.
2. Каждый стандарт должен содержать формулировку стандарта, обозначенную цифрой и нулем (1.0, или 2.0 и т.п.) а также не менее 3 и не более 5 измеримых критериев стандарта (нумерованных 1.1 или 1.2 и т.п.), чтобы средние баллы по стандартам были более сопоставимы.
3. Формулировка стандартов и критериев не должна быть сумбурной, текст должен быть немногословным, ясным.
4. При взаимосвязи между отдельными стандартами, должна быть перекрестная ссылка (упоминание номера взаимосвязанного стандарта или его критерия в скобках).
5. Стандарт или критерий, требующий, чтобы были прописаны внутренние политики, правила или процедуры (внутренний нормативный документ), обозначается знаком ■
6. Стандарт или критерий, требующий, чтобы был предоставлен любой другой подтверждающий документ (не правила или процедуры), обозначается знаком ▼ Например, список участников лекции, план работы, журнал учета, и т.п.

Список использованных сокращений:

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
 ИМН – изделие медицинского назначения
 КИЛИ – Комиссия по изучению летальных исходов
 КТ – компьютерная томография
 ЛС – лекарственное средство
 МНН – международное непатентованное название
 МРТ – магнитно-резонансная томография
 НПА – нормативные правовые акты
 ПСМП – первичная медико-санитарная помощь
 РК – Республика Казахстан
 СИЗ – средства индивидуальной защиты
 УЗИ – ультразвуковое исследование
 ФИО – Фамилия, имя, отчество
 ACLS – advanced cardiac life-support, углубленная сердечно-легочная реанимация

**Стандарты аккредитации для медицинских организаций,
оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь
3-е издание**

Содержание

РАЗДЕЛ А: РУКОВОДСТВО (стандарты 1.0 – 11.0)	стр. 6-11
Управляющий орган	стр. 6
Стратегическое и операционное планирование	стр. 6
Операционное управление	стр. 7
Организационная структура	стр. 7
Этические нормы	стр. 8
Культура безопасности	стр. 8
Управление качеством	стр. 9
Непрерывное повышение качества	стр. 10
Управление рисками	стр. 10
Протокол диагностики и лечения	стр. 11
Работа с населением	стр. 11
РАЗДЕЛ В: УПРАВЛЕНИЕ РЕСУРСАМИ (стандарты 12.0 – 28.0)	стр. 11
Финансовое управление: 12.0 – 14.0	стр. 12-13
Информационное управление: 15.0 – 16.0	стр. 13
Внутренние правила, медицинские карты: 17.0 – 19.0	стр. 14
Управление человеческими ресурсами: 20.0 – 27.0	стр. 17
Управление договорами: 28.0	стр. 18
РАЗДЕЛ С: УПРАВЛЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТЬЮ (стандарты 29.0 – 43.0)	стр. 19-30
Инфекционный контроль: 29.0 – 37.0	стр. 19-23
Безопасность здания: 38.0 – 47.0	стр. 23-27
Безопасность ЛС и ИМН: 48.0 – 54.0	стр. 27-30
РАЗДЕЛ D: ЛЕЧЕНИЕ И УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ (стандарты 55.0 – 100.0)	стр. 31-52
D1: Безопасность пациента: 55.0 – 61.0	стр. 31-35
D2: Права пациента: 62.0 – 71.0	стр. 35-39

D3: Основы клинического ухода: 72.0 – 88.0
D4: Лабораторные услуги: 89.0 – 95.0
D5: Служба лучевой диагностики: 96.0 – 100.0

стр. 39-47
стр. 47-49
стр. 50-52

РАЗДЕЛ А: РУКОВОДСТВО

1.0	УПРАВЛЯЮЩИЙ ОРГАН Функции управляющего органа (Наблюдательный Совет, Совет директоров, Совет учредителей или уполномоченный орган) медицинской организации описаны в документах
1.1	Структура и функции управляющего органа медицинской организации, включая делегированные высшему руководителю(-ям) медицинской организации полномочия, описаны в документах (Устав или иной документ) ▼
1.2	Члены Управляющего органа представлены по имени и должности в документах ▼
1.3	Управляющим органом утвержден документ об оценке работы управляющего органа и руководителя(-лей) медицинской организации с критериями оценки членов управляющего органа и руководителя(-лей) медицинской организации ■
1.4	Управляющий орган не реже, чем ежеквартально рассматривает отчеты медицинской организации об основной деятельности, включая сведения о медицинских ошибках, жалобах и случаях смерти, и результатах проведенного анализа ▼
1.5	Документируется ежегодная оценка работы управляющего органа и руководителя(-лей) медицинской организации ▼

2.0	СТРАТЕГИЧЕСКОЕ И ОПЕРАЦИОННОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ Руководители медицинской организации планируют услуги согласно потребностям населения
2.1	В документе для стратегического планирования (стратегия развития или стратегический план) излагаются миссия, видение, ценности, стратегические цели, задачи и индикаторы исполнения задач ▼
2.2	Коллективно разработанный документ для стратегического планирования деятельности организации утвержден управляющим органом ▼
2.3	На основании документа для стратегического планирования, руководство коллективно разрабатывает и утверждает документы для операционного планирования деятельности (операционный или производственный план организации на год) ▼
2.4	Руководство как минимум ежеквартально проводит мониторинг выполнения операционного плана работы (планов работы подразделений) и данные по индикаторам ▼
2.5	Руководство планирует бюджет и обеспечивает медицинскую организацию необходимыми ресурсами для реализации стратегических, операционных задач и исполнения протоколов диагностики и лечения ▼

3.0	ОПЕРАЦИОННОЕ УПРАВЛЕНИЕ Эффективное управление медицинской организации осуществляется в соответствии с ее правовым статусом и ответственностью
3.1	Миссия и видение организации доступны для сотрудников медицинской организации и для населения
3.2	Медицинская организация действует в соответствии с законами и нормативными документами страны и своевременно реагирует на результаты проверок уполномоченных органов (см. критерий 15.3) ▼
3.3	Для каждого структурного подразделения утверждено положение о подразделении с описанием основных функций или списка оказываемых услуг ■
3.4	Руководитель каждого структурного подразделения или службы отчитывается руководству организации о статусе выполнения поставленных задач и достижении желаемых порогов по индикаторам (см. критерии 8.1 и 8.2) ▼
3.5	В решении ежедневных проблем руководство демонстрирует предпочтение плановой системной работе по предупреждению рисков вместо реактивной работы по устранению кризисных ситуаций (см. критерии 9.1; 9.4; 9.5)

4.0	ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА Организационная структура соответствует миссии и деятельности организации
4.1	Организационная структура представлена в виде схемы, утверждена и доводится до сведения персонала организации ▼
4.2	В организационной структуре представлено лицо, ответственное за общее управление организацией и/или лицо, ответственное за клинические вопросы
4.3	В организационной структуре представлено лицо, ответственное за сестринский уход; лицо, ответственное за качество и иные руководящие лица для реализации миссии организации
4.4	В организационной структуре представлено лицо, ответственное за эффективное управление финансовыми ресурсами
4.5	Организационная структура пересматривается коллективно на основании инициатив руководителей структурных подразделений, при значительном изменении деятельности, в целях совершенствования и способствует координированной работе между подразделениями и службами

5.0	ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ Определены и соблюдаются этические нормы организации
5.1	В медицинской организации определены этические нормы, которыми она руководствуется при организации своей деятельности, в том числе при принятии решений и определении правил поведения сотрудников
5.2	Медицинская организация разрабатывает и утверждает этический кодекс или правила по этике, охватывающие права, обязанности и ответственность персонала при осуществлении своей профессиональной деятельности ■
5.3	Персонал проходит обучение по вопросам этики
5.4	В медицинской организации внедрен процесс выявления, своевременного анализа и принятия мер по этическим дилеммам, включающим решение прекратить или не продолжать лечение, отказать в лечении, или когда лечение будет предоставлено против желания пациента в связи с требованиями законодательства и другие этически-сложные ситуации
5.5	В медицинской организации создан Этический комитет для рассмотрения этических вопросов при оказании медицинской помощи в данной организации ▼

6.0	КУЛЬТУРА БЕЗОПАСНОСТИ Руководство организации внедряет и поддерживает культуру безопасности, поощряющую выявление ошибок и принятие системных мер по улучшению работы вместо наказания
6.1	Руководство медицинской организации поддерживает баланс между профессиональной ответственностью и некарательной обстановкой для выявления ошибок и «почти ошибок»
6.2	Медицинская организация обеспечивает страхование профессиональной ответственности медицинских работников с высоким риском возникновения конфликтов касательно профессиональной ответственности ▼
6.3	Руководство и сотрудники обучены определениям «культура безопасности», «инцидент», «почти ошибка (потенциальная ошибка)»
6.4	В медицинской организации внедрен процесс выявления, документации в медицинской карте и анализа инцидентов, включая ошибки с нанесением вреда пациенту, ошибки без вреда пациенту и «почти ошибки»
6.5	Из действий и решений руководства по фактам расследования ошибок и «почти ошибок» очевидно предпочтение системным мерам по улучшению работы вместо наказания ▼

7.0	УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ В медицинской организации определено лицо, ответственное за координацию мероприятий по улучшению качества и утвержден документ, определяющий основные направления работы по
------------	---

	улучшению качества
7.1	Лицо, ответственное за координацию программы по улучшению качества обладает необходимыми навыками и знаниями в области улучшения качества ▼ (см. критерий 4.3)
7.2	Управляющий орган ежегодно утверждает документ (программа или план мероприятий) для непрерывного улучшения качества услуг и повышения безопасности пациента с вовлечением всех подразделений организации ■
7.3	В документе для непрерывного улучшения качества услуг прописано определение термина «экстремальное событие», что включает, но не ограничивается следующим: <ul style="list-style-type: none"> 1) случай смерти, не связанной с естественным течением заболевания, 2) процедура или операция, проведенная «не тому пациенту», «не на том месте» или «не та процедура», 3) значительные побочные эффекты или реакция на анестезию или седацию, 4) значительные побочные эффекты на лекарственные средства, 5) инцидент с нанесением вреда пациенту и иные события, определенные организацией
7.4	Экстремальное событие подлежит анализу корневых причин в течение 45 дней с момента происшествия или с момента выявления и сообщается управляющему органу в составе квартального отчета с указанием принятых системных мер по улучшению работы (см. критерий 1.4) ▼
7.5	Руководители организации и руководители подразделений обучены методам (инструментам) улучшения качества и надлежащему использованию данных (см. критерий 19.3)

8.0	НЕПРЕРЫВНОЕ ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА В медицинской организации внедрена программа непрерывного улучшения качества услуг и безопасности пациента
8.1	Руководство ежегодно или чаще участвует в определении приоритетных индикаторов для организации в целом и для отдельных служб, которые включаются квартальные отчеты медицинской организации об основной деятельности (см. критерии 1.4 и 2.4) ▼
8.2	Для каждой клинической службы определены индикаторы с формулой расчета (определенным числителем и знаменателем если применимо), с желаемым пороговым значением; проводится сбор данных и анализ индикаторов ▼
8.3	Проводится аудит медицинских карт согласно внутренним правилам медицинской организации и результаты аудита применяются для улучшения деятельности ■
8.4	Проводится анкетирование удовлетворенности пациентов всех типов (стационара и пациенты, получающие услуги на дому) согласно внутренним

	правил медицинской организации и результаты анкетирования применяются для улучшения деятельности ■
8.5	Проводится обзор клинических случаев и результаты обсуждаются в группах или в работе соответствующих комиссий и применяются для улучшения деятельности

9.0	УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ В медицинской организации внедрена программа по управлению рисками
9.1	Медицинская организация имеет программу по управлению рисками, которая включает следующие элементы ■: а) цель, задачи, область применения, б) критерии оценки рисков, в) ответственность за управление рисками и функции управления рисками, г) требования по обучению персонала, д) список выявленных рисков – стратегических, клинических, финансовых и прочих угроз, е) план действий с указанием мероприятий на каждый значительный риск, ж) план информирования о рисках заинтересованных сторон
9.2	В рамках программы по управлению рисками проводится: 1) выявление, 2) сообщение, 3) регистрация и определение приоритетности, 4) анализ инцидентов («почти ошибок», ошибок, экстремальных событий) и 5) результаты анализа применяются для улучшения деятельности (см. критерии 1.4; 6.3; 6.4; 7.3; 7.4;) ▼
9.3	Как минимум раз в год медицинская организация проводит оценку рисков (составляется и обновляется реестр рисков) и принимает меры по их снижению ▼
9.4	Руководители структурных подразделений знают о существующих рисках (проблемах) в своем подразделении
9.5	Руководители структурных подразделений принимают во внимание данные по индикаторам, инциденты, предложения и обращения со стороны пациентов и сотрудников для снижения рисков или для улучшения работы

10.0	ПРОТОКОЛЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ Руководители организации отслеживают выполнение сотрудниками утвержденных на основании доказательной базы протоколов диагностики и лечения (клинических руководств)
10.1	Ежегодно руководители медицинской организации коллективно определяют не менее пяти протоколов диагностики и лечения (если применимо), которые подлежат мониторингу на предмет исполнения
10.2	При отсутствии утвержденных национальных протоколов диагностики и

	лечения или при веском обосновании о необходимости их пересмотра, медицинская организация утверждает для внутреннего пользования адаптированные протоколы диагностики и лечения или инициирует их пересмотр или утверждение на национальном уровне
10.3	Проводится ретроспективный и текущий аудит медицинских карт на предмет соответствия требованиям утвержденных протоколов диагностики и лечения
10.4	Результат аудита медицинских карт оформляется в виде презентации с данными по исполнению отдельных требований протокола диагностики и лечения
10.5	Презентация с данными по исполнению протоколов диагностики и лечения применяется для обратной связи с медицинским персоналом, обучения сотрудников и других мероприятий для улучшения деятельности

11.0	РАБОТА С НАСЕЛЕНИЕМ Медицинская организация способствует доступности оказываемых услуг для населения и вовлекает население в планирование услуг
11.1	Медицинская организация информирует население об оказываемых услугах и условиях (порядке) их получения, а также любых изменениях в списке оказываемых услуг и условиях (порядке) их получения ▼
11.2	Медицинская организация информирует население о качестве оказываемых услуг (индикатор «удовлетворенность пациента» и др.) ▼
11.3	Медицинская организация имеет способ постоянного информирования населения об оказываемых услугах (веб-сайт), поддерживает обратную связь с населением через средства коммуникации (веб-сайт, социальные сети, телефон, call-центр)
11.4	Медицинская организация участвует в программах по обучению населения здоровому образу жизни и профилактике заболеваний ▼
11.5	Медицинская организация учитывает потребности населения в планировании услуг

РАЗДЕЛ В: УПРАВЛЕНИЕ РЕСУРСАМИ

12.0	УПРАВЛЕНИЕ ФИНАНСАМИ Финансовые ресурсы медицинской организации используются эффективно для реализации стратегических и операционных задач
12.1	Бюджет организации составляется на основании заявок руководителей подразделений и при необходимости пересматривается (см. критерий 2.5)
12.2	Бюджет соответствует поставленным задачам в стратегическом и операционном (годовом) плане работы медицинской организации (см. критерии 2.2 и 2.3)
12.3	Страхование профессиональной ответственности медицинских работников с высоким риском возникновения конфликтов касательно профессиональной ответственности включено в бюджет организации (см. критерий 6.2) ▼
12.4	Для экстренного приобретения лекарственных средств и изделий медицинского назначения, отсутствующих в медицинской организации, существует процесс (договор) их срочного приобретения в круглосуточном режиме ▼
12.5	Медицинские услуги, осуществляемые на платной основе, оказываются на основании утвержденного прейскуранта цен, доступного населению ▼

13.0	ФИНАНСОВЫЙ АУДИТ Управление ресурсами организации проводится согласно законодательству и внутренним правилам
13.1	Существует система или процесс внутреннего финансового контроля
13.2	Внешний финансовый аудит проводится согласно законодательству и внутренним правилам
13.3	Руководитель организации проводит мониторинг финансового статуса организации (финансовые отчеты или сведения о выполнении операционного или производственного плана)
13.4	Бухгалтерский учет ведется с применением признанных автоматизированных программ
13.5	Отчеты своевременно направляются в налоговые органы и органы государственной статистики

14.0	ФОНД ОПЛАТЫ ТРУДА Оплата труда сотрудников осуществляется своевременно и с учетом дифференцированного вклада работника в производительность организации
14.1	Оплата труда сотрудников осуществляется на основании утвержденного

	документа о дифференцированной оплате труда ▼
14.2	Система дифференцированной оплаты труда основана на четких критериях
14.3	Периодически проводится определение производительности работников согласно утвержденных критериев для дифференцированной оплаты труда ▼
14.4	Оплата труда сотрудникам, перечисления в пенсионный фонд и другие обязательные отчисления осуществляются своевременно ▼
14.5	Оплата труда сотрудникам осуществляется на основе утвержденной организационной структуры, штатного расписания и в рамках системы дифференцированной оплаты труда ▼

15.0	ИНФОРМАЦИОННОЕ УПРАВЛЕНИЕ Созданы надлежащие условия для эффективного управления данными
15.1	В медицинской организации имеется достаточное количество технических устройств для работы с медицинской и административной информацией
15.2	Руководство обеспечивает доступ медицинских работников к сети интернет для получения своевременной информации, необходимой в работе
15.3	Руководство организации обеспечивает доступность действующих нормативных правовых актов страны для персонала
15.4	При внедрении электронной медицинской карты и работе с электронным порталом принимаются меры для снижения дублирования информации, повышения эффективности использования времени сотрудников
15.5	Медицинская организация использует стандартный процесс управления документацией и документы хранятся в папках в соответствии с номенклатурой дел

16.0	ЗАЩИТА ИНФОРМАЦИИ Медицинская организация обеспечивает конфиденциальность, безопасность и целостность информации
16.1	Определены уровни доступа персонала к информации ●
16.2	Информация на бумажном и электронном носителях защищается от повреждения, утери и неавторизованного доступа ●
16.3	По требованиям законодательства страны в медицинской организации обеспечена конфиденциальность информации о пациенте ●
16.4	Персонал обучен требованиям по защите и неразглашению конфиденциальной информации
16.5	Определены сроки хранения в местах пользования, в архиве организации и порядок уничтожения медицинских и немедицинских документов, согласно требований законодательства страны ●

17.0	ВНУТРЕННИЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ Руководство совместно с сотрудниками разрабатывает, утверждает и внедряет регламентирующие деятельность правила и процедуры
17.1	Определен порядок разработки, согласования, утверждения и оформления, пересмотра правил и процедур организации ■
17.2	Составляется и обновляется список всех действующих внутренних правил и процедур организации ▼
17.3	Руководство организации обеспечивает доступность для персонала действующих правил и процедур организации
17.4	Проводится обучение сотрудников утвержденным правилам и процедурам организации, в т.ч. при внесении в них изменений
17.5	Все правила и процедуры внедрены, что очевидно из действий сотрудников, документации и опроса

18.0	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ Медицинская документация составляется своевременно и способствует преемственности медицинской помощи
18.1	В медицинских картах применяются утвержденные* формы медицинской документации и определено, какие сотрудники имеют право вносить записи в медицинскую карту ■ <i>(* уполномоченным органом либо медицинской организацией)</i>
18.2	Все проведенные процедуры, методы лечения, каждая доза принятого лекарственного средства своевременно документируются в медицинской карте пациента ■
18.3	Каждая запись в медицинской карте подписана автором записи и включает дату и время ■
18.4	В медицинских картах используются аббревиатуры, символы только из утвержденного списка и записи ясны, читабельны для пользователей ■
18.5	Содержание медицинской карты стандартизовано. Проводится аудит качества, своевременности и полноты записей в медицинских картах (см. критерий 8.3) ■

19.0	АНАЛИЗ ДАННЫХ Проводится проверка достоверности и статистический анализ данных
19.1	Первый руководитель организации несет ответственность за достоверность публикуемых и предоставляемых во внешние организации данных
19.2	Сотрудники, проводящие проверку достоверности (валидацию) данных обучены методике валидации данных
19.3	При появлении новых индикаторов, или при необъяснимом изменении в

	индикаторе, проводится проверка достоверности (валидация) данных вторым лицом ■
19.4	Ответственный работник проводит свод данных по индикаторам для включения в квартальные отчеты для руководства (см. критерии 1.4 и 2.4) ▼
19.5	Ответственный работник проводит статистический анализ собираемых данных и своевременно предоставляет их в места их требования

20.0	ШТАТНОЕ РАСПИСАНИЕ Штатное расписание соответствует организационной структуре, миссии и деятельности организации
20.1	Медицинская организация коллективно разрабатывает и утверждает штатное расписание ▼
20.2	Штатное расписание соответствует организационной структуре и деятельности организации
20.3	Штатное расписание и квалификационные требования к должностям разработаны с учетом рекомендаций профессиональной практики и позволяют оказание качественной медицинской помощи
20.4	Штатное расписание пересматривается на основании заявок руководителей структурных подразделений не реже, чем один раз в год
20.5	На каждый вид должности, включая внештатных работников, совместителей, консультантов, резидентов, утверждена должностная инструкция с указанием квалификационных требований (образование, обучение, знания, навыки и опыт) и функций, специфичных для данной должности ▼

21.0	УПРАВЛЕНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ Медицинская организация принимает усилия для эффективного управления человеческими ресурсами
21.1	Правила по поиску, трудоустройству, инструктажу (ориентации) и адаптации сотрудников разработаны в соответствии с законодательством страны и внедрены в организации ■
21.2	Каждый сотрудник соответствует занимаемой должности согласно утвержденным в должностной инструкции квалификационным требованиям. Копия подписанной сотрудником должностной инструкции имеется в кадровой службе
21.3	Руководители медицинской организации создают условия для непрерывного обучения сотрудников (например, тренинговый класс, библиотека и др.)
21.4	Определяются потребности сотрудников в обучении. Обучение проводится на базе или вне медицинской организации

21.5	Руководством медицинской организации разработаны и внедрены правила для мотивации персонала и укрепления корпоративного духа (см. критерии 6.1; 6.5; 14.5)
------	--

22.0	ЛИЧНОЕ ДЕЛО СОТРУДНИКА Личные дела сотрудников медицинской организации формируются, хранятся и обновляются в соответствии с установленными требованиями
22.1	Личное дело каждого сотрудника, включая внештатных работников, совместителей, консультантов, резидентов содержит сведения об образовании и квалификации сотрудника, согласно требований должностной инструкции и законодательства страны
22.2	Личное дело каждого медицинского работника содержит доказательство проверки подлинности у первоисточника документов об образовании и квалификации сотрудника, согласно требований должностной инструкции
22.3	Личное дело каждого сотрудника содержит результаты оценки сотрудника, проводимые как минимум один раз в год
22.4	Личное дело каждого сотрудника содержит записи о проведении обучения на базе медицинской организации и вне организации
22.5	Личное дело каждого сотрудника стандартизовано и есть доказательство его периодической проверки работником кадровой службы

23.0	ИНСТРУКТАЖ Медицинская организация проводит инструктаж (ориентацию) каждого сотрудника для ознакомления с организацией
23.1	Разработаны и внедрены письменные и/или видеоматериалы для проведения инструктажа (ориентации)
23.2	Каждый сотрудник, внештатный сотрудник, волонтер, совместитель, консультант, студент, курсант, резидент проходит инструктаж и обучение для ознакомления с медицинской организацией, со своими должностными обязанностями и основными требованиями по безопасности ▼
23.3	Инструктаж сотрудников включает пожарную безопасность, готовность к чрезвычайным ситуациям и безопасность на рабочем месте
23.4	Инструктаж медицинских работников включает инфекционный контроль и требования по безопасной работе с медицинским оборудованием
23.5	Инструктаж сотрудников включает ознакомление с Программой по повышению качества и безопасности пациента требования и сообщение об инцидентах

24.0	ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ НАВЫКОВ
-------------	-----------------------------------

	При трудоустройстве и периодически проводится оценка знаний и клинических навыков медицинского (клинического) персонала
24.1	При трудоустройстве проводится оценка клинических навыков врача и утверждается список клинических привилегий врача – разрешенных для выполнения в данной организации операций и процедур высокого риска
24.2	При трудоустройстве проводится оценка навыков среднего медицинского персонала и утверждается список компетенций
24.3	При трудоустройстве проводится оценка навыков параклинического персонала (лаборанты, провизоры и фармацевты, инструкторы и др.) и утверждается список компетенций
24.4	Не реже чем раз в три года или чаще по необходимости проводится процедура пересмотра клинических привилегий врача с учетом оценки деятельности врача, его текущей квалификации (знаний, образования, навыков и опыта), исходов лечения, в т.ч. неблагоприятных исходов и других сведений ■
24.5	Не реже, чем один раз в год проводится переоценка компетенций параклинического персонала и среднего медицинского персонала

25.0	ЕЖЕГОДНАЯ ОЦЕНКА СОТРУДНИКОВ Не реже чем один раз в год проводится оценка работы каждого сотрудника, согласно утвержденным правилам организации
25.1	Утверждены правила оценки работников и форма оценки сотрудников
25.2	При оценке врачей, среднего медицинского персонала и других работников, определенных организацией, учитываются показатели работы (индикаторы деятельности) и эти показатели содержатся в личных делах
25.3	Сотрудник ознакомлен с результатами оценки его/ее работы. Заполненная форма оценки сотрудника хранится в личном деле
25.4	Результаты оценки определяют соответствие сотрудника, включая внештатных работников, совместителей, консультантов, резидентов, занимаемой должности и ожиданиям непосредственного руководителя
25.5	При оценке также оцениваются профессиональные компетенции (см. критерии 24.4 и 24.5)

26.0	ЗДОРОВЬЕ И БЕЗОПАСНОСТЬ СОТРУДНИКОВ Здоровье и безопасность сотрудников, иммунизация и вакцинация поддерживаются в соответствии с законодательством страны ■
26.1	Медицинская организация предоставляет (или обеспечивает) сотрудникам защитную одежду и защитные средства (включая средства для радиационной безопасности) и идентификационные бейджи на рабочем месте
26.2	Внешняя организация как минимум раз в пять лет проводит оценку рабочих

	мест в медицинской организации согласно законодательству страны ▼
26.3	Медицинская организация проводит мониторинг нагрузки на персонал, управление стрессом среди сотрудников и есть процесс управления насилием и агрессией (например, антистрессовая комната, комната духовного уединения и др.) ■
26.4	Медицинская организация проводит вакцинацию и иммунизацию согласно законодательства страны и проводит мероприятия по продвижению здорового образа жизни (например, усилия против курения, тренажерный зал или со-оплата посещений в тренажерный зал) ▼
26.5	Медицинская организация защищает персонал от опасностей на рабочем месте (включая радиацию, обращение с химическими и/или опасными материалами) и принимает меры по предотвращению травм персонала (включая травмы от укола иглой) ▼

27.0	КОНТРАКТНЫЕ РАБОТНИКИ Медицинские работники, не состоящие в штатном расписании организации (т.н. внештатные специалисты), имеют соответствующее предоставляемым ими услугам образование и квалификацию
27.1	Каждый внештатный сотрудник соответствует прописанным квалификационным требованиям и копия подписанной должностной инструкции или договора на оказание услуг имеется в кадровой службе (см. критерии 21.2 и 22.1) ▼
27.2	Личное дело каждого внештатного медицинского работника содержит доказательство проверки подлинности у первоисточника документов об образовании и квалификации (см. критерий 22.2) ▼
27.3	При трудоустройстве проводится оценка клинических навыков каждого внештатного медицинского работника врача и утверждается список клинических привилегий или список компетенций (см. критерии 24.1; 24.2 и 24.3) ▼
27.4	Не реже чем один раз в год проводится оценка качества работы каждого внештатного сотрудника и форма оценки хранится в личном деле (см. стандарт 25) ▼
27.5	Результаты оценки качества работы внештатного сотрудника применяются меры для повышения качества услуг организации

28.0	МОНИТОРИНГ ДОГОВОРОВ Руководители медицинской организации несут ответственность за контроль качества предоставляемых по договору услуг и товаров
28.1	Определены руководители организации, которые курируют договора о предоставлении услуг или товаров для организации
28.2	В каждом договоре прописаны детальные требования к объему и качеству

	предоставляемых услуг или товаров, а также квалификационные требования к контрактной организации или ее исполнителям ▼
28.3	В каждом договоре, существенно влияющем на безопасность пациента (например, охранные услуги, клининг, приготовление питания для пациентов, обслуживание медицинского оборудования), прописаны индикаторы на основании которых медицинская организация проводит мониторинг договора и оценку качества услуг или товаров поставщика ▼
28.4	Результаты мониторинга договоров на основе индикаторов или на основе однократной оценки поставщика доводятся до сведения руководства как минимум ежегодно (<i>см. критерий 28.1</i>) ▼
28.5	При несоответствии качества услуг или товаров поставщика ожиданиям медицинской организации, принимаются меры по устранению несоответствий, вплоть до разрыва договорных отношений с поставщиком

РАЗДЕЛ С: УПРАВЛЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТЬЮ

Инфекционный контроль

29.0	КОМИССИЯ ПО ИНФЕКЦИОННОМУ КОНТРОЛЮ Комиссия по инфекционному контролю и сотрудник(и) по инфекционному контролю координируют выполнение программы и правил по инфекционному контролю
29.1	Как минимум ежегодно организация анализирует свою систему инфекционного контроля. Данный анализ включает оценку рисков (определение проблем, областей высокого риска по инфекционному контролю и определение приоритетных видов инфекций – бактериальные или вирусные) ▼
29.2	На основании оценки рисков, разрабатывается и утверждается ежегодный план работы (план мероприятий) по инфекционному контролю, включающий достижимые, измеримые задачи для снижения рисков ▼
29.3	Проводится мониторинг инфекций, связанных с оказанием медицинских услуг (ВБИ) включая ВБИ по видам: пневмония в связи с использованием дыхательной трубки, инфекции кровеносного русла в связи с применением катетеров, инфекции мочевых путей, инфекции послеоперационной раны, резистентные микроорганизмы и другие приоритетные для организации инфекции ▼
29.4	Комиссия по инфекционному контролю просматривает собранные данные по ВБИ и их анализ (индикаторы по ВБИ, а также разбор индивидуальных случаев ВБИ) и применяет данные по инфекциям для повышения безопасности пациента ▼
29.5	Не реже чем один раз в квартал персонал и руководство информируются о результатах мониторинга индикаторов по инфекционному контролю и рекомендациях для улучшения

30.0	ПРОГРАММА ПО ИНФЕКЦИОННОМУ КОНТРОЛЮ В организации внедрена программа по инфекционному контролю, охватывающая все территории организации, всех работников, пациентов, посетителей и арендаторов помещений
30.1	Программа по инфекционному контролю разработана в соответствии с установленными требованиями и внедрена в медицинской организации
30.2	Программа по инфекционному контролю разработана с учетом современной мировой литературы, рекомендаций ВОЗ или других профессиональных, признанных источников ■
30.3	Программа по инфекционному контролю пересматривается ежегодно
30.4	Результаты инфекционного контроля и другие подлежащие отчетности сведения (включая инфекции, ассоциирование с оказанием медицинских

	услуг, инфицирование персонала, и др.) сообщаются в уполномоченные органы по требованиям законодательства страны ▼
30.5	Руководство предоставляет ресурсы для эффективного выполнения программы по инфекционному контролю

31.0	ПРАВИЛА ПО ИНФЕКЦИОННОМУ КОНТРОЛЮ Медицинская организация разрабатывает, утверждает и внедряет правила или алгоритмы в области инфекционного контроля
31.1	В медицинской организации внедрены правила и/или алгоритм по универсальным мерам предосторожности с четкими показаниями, когда и как использовать средства индивидуальной защиты ■
31.2	Правила или алгоритмы в области инфекционного контроля разработаны на основе законодательства страны, и по возможности, доказательной базы из профессиональной литературы
31.3	В местах использования имеется достаточное количество средств индивидуальной защиты (<i>см. критерий 30.5</i>)
31.4	В местах обработки рук в зависимости от уровня обработки рук имеется достаточное количество раковин с проточной водой, мыла, антисептиков, салфеток или других средств для сушки рук (<i>см. критерий 30.5</i>)
31.5	Средства индивидуальной защиты используются персоналом правильно, согласно правил организации

32.0	ДЕЗИНФЕКЦИЯ, СТЕРИЛИЗАЦИЯ И ПРАЧЕЧНАЯ Чистка (уборка), дезинфекция, стерилизация и действия в прачечной проводятся с минимизацией риска инфекций
32.1	Разработаны и внедрены правила или алгоритмы по чистке (уборке), дезинфекции, стерилизации инструментов и обработки белья в прачечной включая транспортировку, обработку и хранение белья и инструментов ■
32.2	Одноразовые изделия утилизируются после использования; при их повторном использовании прописан процесс по их безопасной обработке или дезинфекции и максимальное число повторной обработки и использования ■
32.3	Действия по чистке (уборке), дезинфекции, стерилизации проводятся с минимизацией риска инфекций и с соблюдением процесса от «грязной» к «чистой» зоне
32.4	Качество стерилизации контролируется через химические и биологические индикаторы или другими методами ▼
32.5	Стерилизацию инструментов можно проследить для конкретного пациента ▼

33.0	МЕДИЦИНСКИЕ ОТХОДЫ Организация обеспечивает безопасное обращение с отходами
33.1	В медицинской организации внедрены правила или алгоритм по обращению с медицинскими отходами, включая безопасное обращение с острыми, колющими и режущими отходами и классификацию всех отходов, образуемых в медицинской организации ■
33.2	Помещение для централизованного сбора отходов содержится в чистоте при помощи достаточного количества закрытых мусорных контейнеров и регулярного опустошения контейнеров от мусора, с достаточной вентиляцией воздуха и при необходимости, с соблюдением определенного температурного режима
33.3	Отходы утилизируются безопасным образом согласно законодательству страны; острые, колющие и режущие предметы утилизируются в непрокальваемые, непротекаемые контейнеры с крышкой для безопасного сбора и утилизации отходов
33.4	Остатки и компоненты крови, биологические жидкости, ткани организма хранятся и утилизируются с минимизацией риска инфицирования в маркированных контейнерах согласно классификации отходов, с соблюдением температурного режима и сроков временного хранения
33.5	Персонал обучен правилам по обращению с медицинскими отходами и соблюдает их на практике ▼

34.0	ИНЖЕНЕРНЫЕ СИСТЕМЫ И РЕМОНТНЫЕ РАБОТЫ Инфекционный контроль поддерживается инженерными системами, а также при проведении ремонтных работ
34.1	В местах, где необходима асептическая рабочая зона (микробиологическая лаборатория, места разведения цитостатических лекарственных средств) установлены ламинарные боксы
34.2	В палатах для изоляции пациента с воздушно-капельной инфекцией система вентиляции поддерживает отрицательное давление (воздух вдувается из коридора в палату)
34.3	В операционных комнатах, лабораториях катетеризации (рентген-операционных) система вентиляции поддерживает положительное давление (воздух выдувается из комнаты в коридор)
34.4	В медицинской организации внедрены правила по инфекционному контролю при проведении ремонтных, строительных работ с определением уровня рисков в зависимости от масштаба и вида работ ■
34.5	Все ремонтные, строительные работы согласовываются письменно с сотрудником по инфекционному контролю, который контролирует соблюдение требований по инфекционному контролю для предотвращения инфицирования пациента в результате ремонтно-строительных работ ▼

35.0	ПРОЦЕДУРА ИЗОЛЯЦИИ В медицинской организации разработаны и внедрены правила или процедура по изоляции (инфекционного) пациента
35.1	Процедура по изоляции инфекционного пациента прописана ясно; персонал обучен ей и соблюдает ее ■
35.2	В медицинской организации есть палата с отрицательным давлением для пациента с воздушно-капельной инфекцией или процедура по переводу таких пациентов в другую подходящую организацию
35.3	Процедура изоляции включает строгое соблюдение гигиены рук, показанные в таком случае средства индивидуальной защиты и визуальный знак для информирования любого, кто входит в зону нахождения инфекционного пациента
35.4	Для пациентов с инфекцией проводится обучение пациента и членов семьи по инфекционному контролю, включая гигиену рук и требованиям при изоляции ▼
35.5	Уборка, обработка помещения и предметов во время нахождения инфекционного пациента и после его выписки проводятся согласно санитарно-эпидемиологических требований страны

36.0	ОБУЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛА ПО ИНФЕКЦИОННОМУ КОНТРОЛЮ Медицинская организации проводит непрерывное обучение персонала по инфекционному контролю
36.1	Как минимум ежегодно каждый медицинский работник проходит обучение в области инфекционного контроля ▼
36.2	Как минимум ежегодно тестируются знания медицинских работников в области инфекционного контроля
36.3	Обучение по инфекционному контролю проводится для немедицинских работников, арендаторов помещения, студентов, курсантов, резидентов, волонтеров
36.4	Проводится обучение пациентов, членов семьи пациента и посетителей по профилактике и контролю инфекций (см. критерий 36.4)
36.5	Дополнительное обучение персонала проводится в ответ на инциденты, случаи ВБИ, ухудшение индикаторов (см. критерий 29.5)

Безопасность здания

37.0	КОМИССИЯ ПО БЕЗОПАСНОСТИ ЗДАНИЙ В организации внедрена Программа по безопасности зданий, выполнение которой координирует Комиссия по безопасности зданий
37.1	Создана и работает Комиссия по безопасности зданий, которая

	координирует действия для поддержания безопасности зданий и окружающей среды ▼
37.2	Программа по безопасности зданий разработана на основе законодательства страны и включает разделы: безопасность окружающей среды и система охраны, пожарная безопасность, готовность к чрезвычайным ситуациям (ЧС), обращение с опасными материалами, медицинское оборудование, коммунальные (инженерные) системы ■
37.3	Программа по безопасности зданий пересматривается ежегодно с определением приоритетных на каждый год направлений работы в виде ежегодной оценки рисков ■
37.4	Ежеквартально руководство организации получает отчет о выполнении Программы по безопасности зданий с указанием проведенных ключевых работ и существующих проблем (рисков) безопасности зданий и окружающей среды ▼
37.5	Ежегодно Управляющий орган (Наблюдательный Совет, Совет директоров, Совет учредителей или уполномоченный орган) получает отчет о выполнении Программы по безопасности зданий с указанием проведенных ключевых работ и существующих проблем (рисков) безопасности зданий и окружающей среды ▼

38.0	БЕЗОПАСНОСТЬ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ Окружающая среда медицинской организации является безопасной и комфортной для пациентов, персонала и посетителей (см. критерий 38.2) ■
38.1	Здания и окружающая среда в медицинской организации соответствуют требованиям законодательства страны (строительные нормы и правила, санитарные нормы и правила и др.)
38.2	Случаи получения травм и несчастных случаев на рабочем месте и другие подлежащие отчетности сведения сообщаются в уполномоченные органы по требованиям законодательства страны (см. критерий 30.4)
38.3	Здания и помещения, инженерные системы, оборудование и прочие предметы имеются в достаточном количестве, регулярно инспектируются, тестируются с документацией проведенной инспекции или тестирования
38.4	Здания и помещения, инженерные системы, оборудование и прочие предметы регулярно обновляются и поддерживаются на безопасном уровне
38.5	При обнаружении значительных рисков для сотрудников, пациентов, посетителей или для окружающей среды, руководство предпринимает надлежащие действия по выделению средств, информированию заинтересованных сторон и снижению рисков

39.0	ОХРАНА И ЗАЩИТА
-------------	------------------------

	Обеспечивается охрана и защита здания и территории медицинской организации (см. критерий 38.2) ■
39.1	Все сотрудники, внештатные и контрактные работники, студенты, курсанты, резиденты и арендаторы помещения носят бейджи на территории медицинской организации (см. критерий 26.1)
39.2	Проводится мониторинг (видеонаблюдение и/или обход) здания и территории с целью защиты и охраны
39.3	Документируется периодический обход (инспекция) здания и передача дежурства между сотрудниками охранной службы ▼
39.4	Ограничен вход посторонних в режимные отделения (например, операционный блок), а также зоны контроля инженерных, коммунальных систем
39.5	Сотрудники охранной службы обучены действиям при чрезвычайных ситуациях (при кодах по безопасности), а также оказанию первой помощи ▼

40.0	ПОЖАРНАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ Внедрена программа по снижению риска пожара и задымления (см. критерий 38.2) ■
40.1	Функционирует система раннего выявления пожара; в достаточном количестве имеются исправные средства для пожаротушения, которые регулярно инспектируются и при необходимости обновляются
40.2	Инспекция, тестирование и поддержание средств и систем для раннего выявления и тушения пожара документируется ▼
40.3	Для безопасной эвакуации из здания при пожаре и других ЧС, пути эвакуации не загромождены; в достаточном количестве имеются и видны указатели
40.4	Для ограничения распространения дыма и огня, в соответствии с установленными требованиями: противопожарные двери плотно прикрыты, межэтажные и меж-стенные противопожарные перегородки не имеют щелей, использованы огнеупорные материалы, минимизируется использование возгораемых материалов
40.5	Сотрудники как минимум раз в год проходят практическое учение по пожарной безопасности для проверки готовности в случае пожара и задымления (см. критерий 47.2) ▼

41.0	ДРУГИЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ СИТУАЦИИ Внедрена программа по снижению риска прочих чрезвычайных ситуаций (см. критерий 38.2) ■
41.1	Медицинская организация определила значимые для региона виды ЧС в

	виде оценки рисков с указанием вероятности возникновения, разрушительной силы (последствий) и уровня готовности организации по каждому из перечисленных видов ЧС ▼
41.2	На основе оценки рисков по ЧС определены приоритетные направления работы в годовом плане мероприятий ▼
41.3	Выделяются ресурсы для улучшения готовности организации к ЧС
41.4	Сотрудники как минимум раз в год проходят практическое учение по готовности к ЧС для проверки ответных действий сотрудников, готовности системы оповещения, готовности использовать альтернативные источники воды и электричества, готовности оказывать медицинскую помощь (см. критерий 47.3) ▼
41.5	По окончании практического учения по ЧС проводится анализ проведенного учения и делаются выводы ▼

42.0	ОПАСНЫЕ МАТЕРИАЛЫ И ОТХОДЫ Обращение с опасными материалами и отходами соответствуют требованиям законодательства страны и обеспечивается безопасность людей и окружающей среды
42.1	Определен список всех опасных материалов и отходов с указанием названия (состава), мер предосторожности и мер первой помощи, мест хранения, максимально допустимого объема хранения и применимых предупреждающих знаков для маркировки (см. стандарт 33.0)
42.2	Прописаны требования к обращению с опасными материалами, включая их маркировку, хранение, ношение защитных средств при работе, транспортировку, утилизацию (см. критерий 38.2) ■
42.3	Все опасные материалы и отходы маркированы с указанием названия (состава), срока годности и применимых предупреждающих знаков
42.4	В местах обращения с опасными материалами доступна информация по мерам предосторожности и мерам первой помощи (например, на этикетке контейнера или в виде списка опасных материалов – см. критерий 43.1)
42.5	Сотрудники обучены действиям при разлиии опасного материала, включая быстрый сбор (обеззараживание) и сообщение об инциденте разлиия или инциденте контакта с опасным материалом

43.0	МЕДИЦИНСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ Безопасность медицинского оборудования и изделий обеспечена путем регулярного тестирования, калибровки, поддержания, ремонта и обучения персонала
43.1	Внедрена программа по обеспечению безопасности медицинского оборудования и изделий (см. критерий 38.2) ■
43.2	Определен список всего медицинского оборудования

43.3	Проводится и документируется профилактическое обслуживание, инспекция, тестирование, калибровка, поддержание, ремонт медицинского оборудования
43.4	Персонал обучается безопасной работе с оборудованием и устройствами при трудоустройстве и по необходимости. Только обученные и компетентные лица обращаются со специализированным оборудованием и устройствами ▼
43.5	Внедрена система оповещения пользователей и принятия мер при отзыве, поломке и прочих инцидентах, связанных с медицинским оборудованием (например, риск возгорания) ■

44.0	КОММУНАЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ Коммунальные и инженерные системы в организации соответствуют требованиям законодательства страны и удовлетворяют потребности медицинской организации
44.1	Прописан порядок и частота инспекций, тестирования и поддержания коммунальных и инженерных систем ■
44.2	Коммунальные и инженерные системы инспектируются, поддерживаются и улучшаются
44.3	Проводится мониторинг системы вентиляции с документацией давления и частоты обмена воздуха в час в особых помещениях: палаты с отрицательным давлением для изоляции инфекционного пациента; палаты с положительным давлением в операционных комнатах ▼
44.4	Для предупреждения пылевого загрязнения, в системе вентиляции установлены фильтры, которые меняются с частотой согласно рекомендации производителя
44.5	Коммунальные и инженерные системы маркированы для облегчения частичного или полного отключения при ЧС

45.0	ВОДА И ЭЛЕКТРИЧЕСТВО Обеспечивается непрерывный доступ к воде и электричеству, включая их альтернативные источники
45.1	Питьевая вода и электричество доступны круглосуточно в любое время года
45.2	Определены зоны и услуги для которых наиболее важно водоснабжение и электроснабжение из альтернативных источников ▼
45.3	Альтернативные источники водоснабжения тестируются как минимум ежеквартально ▼
45.4	Альтернативные источники электроснабжения тестируются как минимум ежеквартально. Хранится необходимый запас топлива для выработки электричества из альтернативного источника ▼

45.5	В соответствии с санитарно – эпидемиологическими требованиями, как минимум ежеквартально тестируется качество воды, включая воду, используемую для процедур диализа ▼
------	---

46.0	ОБУЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛА ПО БЕЗОПАСНОСТИ ЗДАНИЙ Проводится обучение, тестирование знаний работников для поддержания безопасности зданий и окружающей среды
46.1	Сотрудники обучаются своей роли в области пожарной безопасности и ЧС, охраны и защиты, обращении с опасными материалами
46.2	Сотрудники могут продемонстрировать действия при пожаре, включающие сообщение о пожаре, тушение пожара и эвакуацию пациентов
46.3	Сотрудники обучаются работе с оборудованием и коммунальными (инженерными) системами, включая действия при ЧС (см. критерий 44.4)
46.4	Обучение включает сотрудников, в т.ч. внештатных, студентов, курсантов, резидентов, арендаторов помещений, волонтеров и посетителей
46.5	Обучение и тестирование знаний работников для поддержания безопасности зданий и окружающей среды проводится ежегодно

Безопасность ЛС и ИМН

47.0	УПРАВЛЕНИЕ МЕДИКАМЕНТАМИ Обеспечивается безопасное обращение с лекарственными средствами (ЛС) и изделиями медицинского назначения (ИМН) в организации
47.1	Обращение с лекарственными средствами (ЛС) и изделиями медицинского назначения (ИМН) соответствуют требованиям законодательства страны
47.2	Как минимум ежегодно проводится анализ системы управления медикаментами, включающий каждый этап управления медикаментами: планирование и закуп; хранение; назначение; приготовление или разведение; введение; мониторинг эффектов на пациенте (см. критерий 12.4) ▼
47.3	Анализ системы управления медикаментами включает оценку рисков (выявление проблем или зон высокого риска, связанные с ЛС) ▼
47.4	Разработаны и внедрены правила и процедуры, описывающие каждый этап управления медикаментами: планирование и закуп; хранение; назначение; приготовление или разведение; введение; мониторинг эффектов на пациенте ■
47.5	Создана и функционирует формулярная комиссия, которая рассматривает вопросы управления медикаментами, включая формулярный список, медикаментозные ошибки и почти ошибки ▼

48.0	ХРАНЕНИЕ Медикаменты хранятся безопасно и надлежащим образом
-------------	---

48.1	Все медикаменты правильно обозначены с указанием названия (содержания), срока годности и применимых предупреждающих знаков
48.2	Медикаменты хранятся с соблюдением температурного режима, влажности и прочих условий, согласно требований к их хранению
48.3	Наркотические и другие ЛС, подлежащие строгому учету и контролю, хранятся, согласно законодательства страны
48.4	Медикаменты защищены от потери и кражи по всей организации
48.5	Сотрудники аптеки периодически инспектируют все места хранения ЛС в организации для обеспечения правильного хранения ЛС ▼

49.0	ОСОБЫЕ СЛУЧАИ ОБРАЩЕНИЯ С МЕДИКАМЕНТАМИ Прописаны особые случаи обращения с медикаментами
49.1	Прописан и соблюдается процесс по выявлению и уничтожению медикаментов с истекшим сроком годности ■
49.2	Прописан и соблюдается процесс по обращению с личными (принесенными извне) медикаментами пациента ■
49.3	Прописан и соблюдается процесс обращения с наборами ЛС для экстренных случаев (противошоковая укладка, реанимационный набор или набор для кода синего), включая их защиту от кражи и потери, ежедневную проверку готовности набора, восполнение содержимого ■
49.4	Прописан и соблюдается процесс отзыва медикаментов ■
49.5	Прописан и соблюдается процесс обращения с радиофармацевтическими препаратами и другими опасными медикаментами (цитостатические ЛС) ■

50.0	НАЗНАЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ Прописан процесс назначения ЛС и проверки назначений ЛС
50.1	Прописаны требования к назначению ЛС, включая обязательную информацию, которая должна быть в листе назначений или рецепте: идентификация пациента; название ЛС (определить, требуется ли по МНН или по торговому наименованию); доза; путь введения; кратность; длительность курса; если по показаниям – то точное показание к приему ■
50.2	Прописаны действия при неразборчивом или неполном назначении ЛС в листах назначения или рецепте ■
50.3	Прописан процесс устного назначения ЛС в экстренных ситуациях, если это разрешено организацией ■
50.4	Проводится проверка назначений ЛС в текущих медицинских картах для выяснения обоснованности и полноты назначения (кроме экстренных назначений)
50.5	Проводится выборочный аудит листов назначений в текущих и закрытых медицинских картах на предмет соблюдения правил организации и безопасности пациента ▼

51.0	ПРИГОТОВЛЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОВ Медикаменты готовятся в безопасной и чистой обстановке
51.1	Медикаменты готовятся (разводятся, фасуются) в чистой и безопасной рабочей зоне с необходимым оборудованием и изделиями
51.2	Сотрудники, готовящие стерильные продукты обучены принципам приготовления ЛС и методам асептики ▼
51.3	Каждое принятое, введенное ЛС документируется в листе назначений (или ином документе) с указанием времени и автора записи ▼
51.4	Безопасное введение медикаментов обеспечивается проверкой правильности пяти пунктов: тот ли это пациент, медикамент, доза, путь введения, время и частота приема
51.5	Прописан процесс самостоятельного введения пациентом ЛС (например, ингалятор или инсулиновая ручка) ■

52.0	МОНИТОРИНГ И ОБУЧЕНИЕ ОБ ОБРАЩЕНИИ С ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ Проводится мониторинг эффекта ЛС на пациента и периодическое обучение пациентов и персонала в зависимости от потребности
52.1	Проводится мониторинг эффекта ЛС на пациента и побочные эффекты документируются и сообщаются ответственному лицу ▼
52.2	Проводится обучение пациента по вопросам приема медикаментов, включая обучение по рекомендуемым медикаментам после выписки ▼
52.3	Прописано определение терминов «медикаментозная ошибка» и «почти ошибка» и сотрудники сообщают о медикаментозных ошибках и почти ошибках (см. критерии 6.3 и 48.5) ▼
52.4	Для врачей и прочего персонала, вовлеченных в обращение с медикаментами, доступна справочная информация по лекарственным средствам
52.5	Врачи, медицинские сестры и прочий персонал, вовлеченный в обращение с медикаментами, проходят обучение по вопросам обращения с медикаментами ▼

53.0	КОНТРОЛЬ АНТИБИОТИКОВ Медицинская организация внедрила программу по контролю антибиотиков
53.1	Программа или руководство по контролю антибиотиков включает список антибиотиков, назначение которых ограничено и есть четкие показания к применению резервных антибиотиков ■
53.2	Программа или руководство по контролю антибиотиков было разработано коллективно (с участием практикующих врачей или клинического фармаколога, специалистов по инфекционному контролю, микробиологии) и основано на доказательствах

53.3	Врачи и другие пользователи обучены требованиям программы или руководства по контролю антибиотиков и программа внедрена на практике
53.4	Медицинские карты регулярно просматриваются на предмет выполнения программы или руководства по контролю антибиотиков
53.5	Выполнение программы или руководства по контролю антибиотиков контролируется через индикаторы, используемые для улучшения работы ▼

РАЗДЕЛ D: ЛЕЧЕНИЕ И УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ

D1: Безопасность пациента

Международная цель по безопасности пациента №1: ПРАВИЛЬНАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ ПАЦИЕНТА

54.0	Безопасность пациента повышается через процесс идентификации пациента, используя как минимум два идентификатора пациента
54.1	Существуют правила идентификации пациента, описывающие процесс идентификации пациента с применением как минимум двух идентификаторов пациента ■
54.2	Пациент идентифицируется согласно правил перед каждой процедурой, операцией, инъекцией, приемом медикамента, переливанием крови, взятием биоматериала и других ситуациях
54.3	Идентификация пациента облегчается через браслет с напечатанными идентификаторами пациента или другим применимым методом
54.4	Идентификация пациента записана во всех формах в медицинской карте и на всех контейнерах с биоматериалом пациента
54.5	Процесс идентификации пациента мониторируется через индикатор(ы), которые применяются для повышения безопасности пациента ▼

Международная цель по безопасности пациента №2: ЭФФЕКТИВНАЯ ПЕРЕДАЧА ИНФОРМАЦИИ

55.0	Безопасность пациента повышается через стандартизованный процесс передачи информации при переводе пациента, пересмене, при устных назначениях и сообщении результатов исследований
55.1	Существуют правила передачи информации устно и по телефону, описывающие процесс сообщения критических результатов лабораторных и диагностических исследований и форма документации такого результата; процесс сообщения экстренных результатов исследований, и процесс устного назначения медикаментов в экстренной ситуации ■
55.2	Существуют правила, описывающие процесс передачи пациента при переводе между отделениями, между службами и при передаче смены
55.3	Стандартизованная передача информации при получении критических результатов лабораторных и диагностических исследований требует, чтобы получатель информации записал сообщение, получатель прочитал сообщение вслух, и сообщающее лицо подтвердило правильность сообщения
55.4	Обеспечивается правильность медикаментов при передаче пациента между службами путем передачи медицинской карты или переводного эпикриза

	вместе с пациентом
55.5	Процесс передачи пациента и устные назначения, а также устное сообщение результатов исследований мониторируется через индикатор(ы), которые применяются для повышения безопасности пациента ▼

**Международная цель по безопасности пациента №3:
БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОВ ВЫСОКОГО РИСКА**

56.0	Безопасность пациентов повышается за счет стандартизированной маркировки и обращения с концентрированными электролитами, медикаментами со схожим видом и схожим названием и другими медикаментами высокого риска
56.1	Существуют правила, описывающие обращение с медикаментами высокого риска, в том числе их маркировку, хранение, назначение и применение ■
56.2	Существует список медикаментов высокого риска, в том числе концентрированных электролитов, медикаментов со схожим видом и схожим названием, которые присутствуют в больнице ▼
56.3	Медикаменты высокого риска, в том числе концентрированные электролиты, медикаменты со схожим видом и схожим названием хранятся, маркируются и используются в соответствии с правилами больницы по всей организации
56.4	Концентрированные электролиты не хранятся в клинических единицах, где они используются редко и хранятся только в тех местах оказания медицинской помощи, где они клинически необходимы
56.5	Обращение с медикаментами высокого риска мониторируется через индикатор(ы), которые применяются для повышения безопасности пациента ▼

**Международная цель по безопасности пациента №4:
ХИРУРГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ: ПРАВИЛЬНЫЙ УЧАСТОК ТЕЛА,
ПРАВИЛЬНАЯ ПРОЦЕДУРА И ПРАВИЛЬНЫЙ ПАЦИЕНТ**

57.0	Безопасность пациентов повышается за счет стандартизированной предоперационной верификации (проверки готовности) и тайм-аута, чтобы обеспечить правильную процедуру на правильном участке тела правильному пациенту
57.1	Существуют правила, описывающие процесс маркировки места операции, предоперационной проверки и тайм-аута для обеспечения правильного участка тела, правильной процедуры, и операции на правильном пациенте ■
57.2	Участок тела маркируется перед операцией и инвазивной процедурой высокого риска в виде единого знака в рамках всей организации врачом,

	который будет выполнять процедуру
57.3	Существует предоперационная верификация (проверка готовности) на основе чек-листа или другого инструмента для документации готовности к операции или процедуре высокого риска
57.4	Вся хирургическая команда участвует в процедуре тайм-аута в зоне, где будет проводиться хирургическое вмешательство или инвазивная процедура высокого риска, и тайм-аут документируется в медицинской карте
57.5	Предоперационная верификация и процедура тайм-аут мониторируются через индикатор(ы), которые применяются для повышения безопасности пациента ▼

**Международная цель по безопасности пациента №5:
СНИЗИТЬ РИСК ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЧЕРЕЗ ГИГИЕНУ РУК**

58.0	Безопасность пациентов повышается за счет комплексной программы гигиены рук для предотвращения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи
58.1	Существуют основанные на доказательной базе (литературе) правила, описывающие виды (уровни), этапы гигиены рук и показания для гигиены рук ■
58.2	Правила по гигиене рук выполняются по всей медицинской организации
58.3	Есть достаточно ресурсов для выполнения процедуры мытья рук и дезинфекции рук
58.4	Сотрудники обучены по видам, этапам гигиены рук и показаниям для гигиены рук ▼
58.5	Практика гигиены рук мониторируется через индикатор(ы), которые применяются для повышения безопасности пациента ▼

**Международная цель по безопасности пациента №6:
СНИЗИТЬ РИСК ВРЕДА ВСЛЕДСТВИЕ ПАДЕНИЙ ПАЦИЕНТА**

59.0	Безопасность пациентов повышается за счет первичной и повторной оценки риска падения у применимой группы пациентов, а также за счет профилактических мероприятий и безопасной окружающей среды
59.1	Существуют правила профилактики падений, которые направлены на предотвращение падений и травм от падений. Соответствующий персонал обучен правилам ■
59.2	Правила по профилактике падений имеют четкие требования к оценке риска падения с указанием того, каким пациентам должна проводиться

	первичная оценка риска падения, переоценка риска падения позже, когда, как часто и каким образом
59.3	Оценка и переоценка риска падения выполняется, когда это требуется и своевременно документируется в медицинской карте ▼
59.4	Предпринимаются действия для предотвращения падений и снижения риска падения, включая: визуальное отличие пациентов с высоким риском падения, сопровождение пациентов с высоким риском падения, частые и регулярные сестринские обходы в палатах как минимум каждые два часа и другие действия, определенные в правилах
59.5	Руководство медицинской организации берет на себя обязательство сделать окружение пациента безопасным для предотвращения падений

Международная цель по безопасности пациента №7:

БЕЗОПАСНОЕ СОЕДИНЕНИЕ КАТЕТЕРОВ И ТРУБОК

60.0	Безопасность пациентов повышается за счет предотвращения неправильного соединения катетеров и трубок пациента
60.1	Персонал обучен тому, чтобы визуально отслеживать все катетеры и трубки от точки их начала до порта (места) их подключения, чтобы убедиться в правильности их соединения перед выполнением любых соединений, перед переподключением, или при введении ЛС, растворов или других продуктов ▼
60.2	Соединения трубок и катетеров перепроверяются или обговариваются вслух при смене дежурств, при переводе пациента в новое подразделение или службу, или после перемещения (смены положения) пациента
60.3	По мере необходимости, перед закупом проводится оценка ожидаемой безопасности при использовании трубок и катетеров, чтобы выявить потенциальные шансы неправильных соединений (предпочтение приобретать устройства, которые не соединяемы для различных систем организма)
60.4	По возможности, для следующих категорий устройств предназначается уникальный разъем, чтобы ошибочно не перепутать катетеры и трубки разных систем организма при соединении с разъемом: <ul style="list-style-type: none"> • дыхательные системы и подача газов (кислород и вентиляторы); • устройства для энтерального применения (зонды, трубки для питания и системы подачи питания новорожденным); • уретральные и мочевые устройства; • устройства-манжеты для конечностей; • нейроаксиальные устройства (спинальные и эпидуральные катетеры и системы для вливания); • внутрисосудистые или подкожные устройства
60.5	Пациенты и члены их семей обучены уходу за катетерами и трубками и

	информированы о запрете на самостоятельное подключение или отключение катетеров и трубок
--	--

D2: Права пациента

61.0	ДОСТУП К МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Доступ к медицинской помощи облегчается для лиц с ограниченными возможностями и особыми потребностями
61.1	Вход в здание имеет пути, доступные на колясках и с перилами (поручнями)
61.2	У входа доступны кресла-коляски или детские коляски в зависимости от обслуживаемого населения
61.3	Если пациент с потенциально высоким риском падения не сопровождается, охранник или сотрудник регистратуры (ресепшн) или другие назначенные люди обучены тому, чтобы организовать сопровождение
61.4	Туалеты пациента, палаты пациента и другие области, определенные в больнице, имеют кнопки вызова или другие средства вызова помощи со стороны персонала
61.5	Выполняются другие национальные правила (законодательство) для лиц с ограниченными физическими возможностями (например, требования к обозначению туалетов и маршруты для инвалидов)

62.0	ПРАВИЛА ПО ПРАВАМ И ОБЯЗАННОСТЯМ ПАЦИЕНТА Медицинская организация выполняет правила, направленные на соблюдение прав пациента и определила обязанности пациента и членов семьи
62.1	Права и обязанности пациентов и членов семьи перечислены в документе, который доступен для пациентов в письменной форме ▼
62.2	Кроме прав и обязанностей, перечисленных в национальном законодательстве, руководство медицинской организации перечисляет другие права и обязанности пациента для улучшения пациент-ориентированного ухода и предоставляет ресурсы для их соблюдения с учетом ментальности, культуры и в соответствии с законами страны ■
62.3	Пациенты информированы о своих правах, обязанностях и о солидарной ответственности за свое здоровье, которое включает информирование врача о предыдущих заболеваниях, лечении, обследованиях, а также следование рекомендациям медицинского персонала (комплаентность)
62.4	Персонал уважает предпочтения и выбор пациентов во время ухода, например, как сотрудники должны обращаться к пациенту, касательно одежды (если это не нарушает этические нормы), личного ухода и гигиены (за исключением риска безопасности), питания и напитков (если это не запрещено или не ограничено), деятельности, интересов,

	неприкосновенности частной жизни и касательно посетителей
62.5	Персонал обучается по правам пациентов и их соблюдению, и уважает права пациентов на практике

63.0	БАРЬЕРЫ К ПОЛУЧЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Выявляются и снижаются барьеры к получению медицинской помощи
63.1	Имеется достаточно знаков (указателей), в том числе к подъездным путям к зданию, которые видны и понятны, чтобы помочь посетителям и пациентам ориентироваться в здании и вне здания
63.2	Пациенты с языковым барьером получают помощь переводчика или персонала или члена семьи, чтобы облегчить получение медицинской помощи
63.3	Организация выявляет другие барьеры в медицинском уходе и принимает меры по их снижению
63.4	Персонал выявляет какие-либо особые культурные или духовные предпочтения пациентов и не ограничивает доступ пациентов к духовной помощи
63.5	Право пациента на личную безопасность и охрану соблюдается через систему охраны и определенный организацией уровень ответственности по защите имущества пациента от потери

64.0	ПРИВАТНОСТЬ И КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ИНФОРМАЦИИ Соблюдаются права пациента на неприкосновенность частной жизни (приватность), конфиденциальность информации, достойное и уважительное отношение к пациенту
64.1	Соблюдается право пациента на приватность при осмотрах, обследованиях и транспортировке
64.2	Конфиденциальность информации о пациенте сохраняется согласно законодательства страны
64.3	Существуют правила по соблюдению конфиденциальности информации о пациенте и защите информации ■
64.4	Сотрудники обучены требованиям по соблюдению конфиденциальности информации о пациенте
64.5	Персонал проявляет достойное и уважительное отношение к пациенту на всех этапах лечения

65.0	ЖАЛОБЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ Жалобы пациентов расследуются и разрешаются своевременно и объективно
-------------	---

65.1	Пациенты информируются о том, как выразить жалобу, предложение и отзыв, и такая информация доступна в каждом подразделении, оказывающем медицинскую помощь
65.2	Жалобы, предложения и отзывы пациентов собираются из нескольких источников
65.3	Жалобы пациентов расследуются своевременно и объективно в течение определенного законодательством или организацией периода времени, и пациент информируется, если расследование займет больше времени
65.4	Пациент или члены семьи информируются о результатах расследования жалоб
65.5	На основе анализа жалоб, предложений и отзывов с целью улучшения опыта пациента или снижения рисков принимаются действия на системном уровне

66.0	ОБЩЕЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ Внедрены правила получения общего информированного согласия от пациента или лица, принимающего решения от имени пациента
66.1	Внедрены правила, описывающие получение общего информированного согласия на лечение в медицинской организации и утверждена форма общего информированного согласия ■
66.2	Персонал вовлекает пациента в их собственный уход, получая письменное общее информированное согласие на лечение
66.3	Персонал информирует пациентов или родственников о выборе ухода и лечения и области действия общего информированного согласия
66.4	Персонал информирует пациентов или родственников о том, какие виды лечения, процедуры и исследования требуют специального информированного согласия
66.5	В общем информированном согласии оговорено, может ли вестись фото- и видеосъемка в целях безопасности или для рекламы и если да, то когда

67.0	СПЕЦИАЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ Внедрены правила о получении специального информированного согласия от пациента или лиц, принимающих решения за пациента перед определенными процедурами и видами лечения
67.1	Утверждены правила, описывающие получение специального информированного согласия и перечень ситуаций, требующих получение специального информированного согласия ■
67.2	Формы информированных согласий утверждены и заполняются с указанием идентификации пациента, фамилии и подписи врача, даты, времени, подписи пациента или члена семьи или записи об устном согласии пациента или записи о невозможности получить письменное

	согласие
67.3	Персонал вовлекает пациента в их собственное лечение и уход, получая письменно специальное информированное согласие перед процедурами и видами лечения, определенными организацией
67.4	Персонал информирует пациентов или их семьи о предлагаемом виде лечения, рисках (возможных осложнениях) и альтернативных методах лечения
67.5	Информированное согласие берется и документируется в медицинской карте перед любой операцией, процедурой высокого риска, анестезией и седацией, перед участием в научном проекте или в экспериментальном лечении и в других ситуациях, определенных медицинской организацией ▼

68.0	ОТКАЗ ОТ ЛЕЧЕНИЯ Пациент информирован о праве на отказ от предложенной медицинской помощи
68.1	Утверждены правила, описывающие право пациента на отказ от предложенной медицинской помощи полностью или частично, от продолжения лечения или от госпитализации с учетом национального законодательства ■
68.2	Форма отказа от предложенной медицинской помощи утверждена и существует процесс документации отказа пациента от определенного лечения, части лечения или от госпитализации
68.3	Пациент имеет право на получение второго мнения о лечении от другого врача или другой организации без страха ухудшения взаимоотношения с врачом
68.4	Если временное покидание стационара пациентом разрешено медицинской организацией, определен процесс временного отпуска пациента ■
68.5	Персонал уважает право пациента отказаться от лечения и информирует о возможных рисках, осложнениях вследствие отказа и об альтернативных видах лечения

69.0	НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ Участие пациента в научных исследованиях или экспериментальном лечении проводится с соблюдением прав пациента и законодательства страны
69.1	Создана и работает Комиссия по этике (локальный этический комитет), который наблюдает за проведением научных исследований с вовлечением пациента или экспериментального лечения ▼
69.2	Прописаны функции Комиссии по этике, включающие обзор научного исследования, анализ ожидаемых преимуществ и рисков для безопасности

	пациента и принятие решения о проведении исследования ▼
69.3	Определено лицо, ответственное за проведение и координацию научного исследования с вовлечением пациента (главный исследователь)
69.4	Перед началом исследования пациент или член семьи подписывает информированное согласие на участие в научном исследовании с указанием идентификации пациента, фамилии и подписи врача, даты, времени, подписи пациента или члена семьи
69.5	Пациент информируется о ходе исследования и обязанностях пациента, об ожидаемых преимуществах, рисках и дискомфорте, альтернативных видах лечения, праве отказаться от участия в исследовании в любое время без страха предвзятого отношения после отказа

70.0	ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ И КУРСАНТОВ Образование медицинских студентов и курсантов на базе медицинской организации проводится согласно утвержденных документов
70.1	Определен порядок надзора за образовательным процессом, а также лицо, осуществляющее надзор за образовательным процессом со стороны медицинской организации
70.2	В медицинской организации есть список всех обучающихся студентов и курсантов и документы, подтверждающие их учебный статус ▼
70.3	Для студентов и курсантов определен уровень самостоятельности в оказании медицинской помощи (что имеют право делать под наблюдением, а что самостоятельно) ▼
70.4	Студентам и курсантам предоставляется необходимый уровень контроля и оценки навыков
70.5	Студенты и курсанты проходят инструктаж и обучение по качеству, инфекционному контролю и другим ключевым требованиям медицинской организации ▼

D3: Основы клинического ухода

71.0	ПРИЕМ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ Процесс приема амбулаторных пациентов стандартизован
71.1	Внедрены правила, описывающие процесс приема амбулаторных пациентов. В первой точке контакта, пациент проходит осмотр /обследование с целью оценки его состояния для определения приемлемости услуг организации ■
71.2	Внедрены правила, описывающие процесс эффективного ухода и процедуры триажа (сортировки) для определения пациентов, требующих незамедлительных действий (критерии приоритетности срочных, неотложных пациентов)

71.3	Пациенты, требующие незамедлительных действий, получают приоритетное право на осмотр и лечение
71.4	Персонал обучен критериям приоритетности срочных, неотложных пациентов, на основе которых определяется потребность пациента в плановой или неотложной помощи
71.5	Пациенты, требующие незамедлительных действий, осматриваются и стабилизируются в пределах имеющихся возможностей организации, затем направляются или госпитализируются в более подходящую службу ■

72.0	КОНСУЛЬТАЦИЯ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ Процесс регистрации, осмотра и ведения амбулаторных пациентов стандартизован
72.1	Внедрены правила, описывающие процесс регистрации, осмотра и ведения амбулаторных пациентов ■
72.2	Для пациентов доступен график приема (консультации) врачей (см. критерий 11.1)
72.3	Врач, осматривающий пациента по основному заболеванию, либо иное определенное лицо координирует лечение пациента на амбулаторном этапе
72.4	При выполнении назначений ЛС в поликлинике, дневном стационаре, процедурных кабинетах соблюдаются единые правила медицинской организации по назначению, документации выполненного назначения и мониторингу состояния пациента (см. критерии 48.4; 51.1; 52.1-52.4, 53.1-53.5)
72.5	В амбулаторной карте пациента содержится информация об основных текущих и перенесенных заболеваниях пациента, постоянно принимаемых ЛС, аллергиях, операциях, контактные данные и адрес проживания пациента

73.0	ПАЦИЕНТЫ ГРУППЫ РИСКА Медицинская организация определила пациентов группы риска и процедуры высокого риска
73.1	<p>Определены пациенты группы риска, которые из-за своего состояния не могут выражать свое мнение или требуют особого обращения с ними:</p> <ul style="list-style-type: none"> • дети, • ослабленные пожилые люди, • терминальные/ умирающие пациенты, • пациенты в коме или на поддерживающей терапии в реанимации, • пациенты, получающие диализ, • пациенты с эмоциональными или психическими расстройствами, • жертвы насилия или невнимательного обращения, • инфекционные пациенты

	<ul style="list-style-type: none"> • другие группы на усмотрение медицинской организации
73.2	Внедрены правила, описывающие особенности осмотра, лечения, ухода, обращения с пациентами группы риска ■
73.3	Форма осмотра пациента по необходимости дополняется информацией, важной для пациентов группы риска (модификация формы осмотра)
73.4	Персонал обучен правилам и требованиям, связанным с лечением пациентов группы риска
73.5	При выявлении жертв насилия или невнимательного обращения, организация контактирует с заинтересованными социальными, правоохранительными и иными организациями

74.0	ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР Первичный осмотр информативен для определения потребностей пациента и составления первоначального плана лечения■
74.1	Первичный осмотр включает в себя сбор анамнеза, аллергологический анамнез, подробный медикаментозный анамнез, оценку боли, жизненно-важные показатели, физикальное обследование, и если применимо, status localis
74.2	Утверждены* формы первичного осмотра для всех видов специальностей врачей (и если применимо, для медицинских сестер), которые проводят осмотр пациентов (<i>см. критерий 18.1</i>) (*уполномоченным органом либо медицинской организацией)
74.3	Записи в медицинской карте, включая осмотры, доступны персоналу, задействованному в лечении и уходе за пациентом
74.4	Только квалифицированные специалисты проводят осмотры на основе их образования, квалификации и навыков, подтвержденных документами
74.5	Первичный осмотр включает в себя социально-экономический статус и эмоциональный статус пациента

75.0	ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ И УХОДА Индивидуальный план лечения своевременно документируется и включает в себя цели или желаемые результаты лечения ■
75.1	План лечения разрабатывается индивидуально на основе первичного осмотра, предыдущих осмотров, результатов обследований
75.2	В разработку плана лечения вовлекается команда (врач, медицинская сестра и другие специалисты)
75.3	План лечения по возможности включает цели или желаемые результаты лечения
75.4	План лечения соответствует утвержденным, основанным на доказательной базе клиническим протоколам или руководствам по лечению (<i>см. также стандарт 10.0</i>)
75.5	План лечения своевременно отражается в листах назначения врача и

	пациенту назначаются необходимые консультации специалистов, исследования, лекарственная и иная терапия
--	--

76.0	ПРОГРАММА УПРАВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Внедрена программа управления хроническими неинфекционными заболеваниями для обеспечения партнерских отношений пациентов с персоналом и повышения качества оказания медицинской помощи ■
76.1	Разработана программа и внедрен процесс управления хроническими неинфекционными заболеваниями (оценка статуса прикрепленного населения, формирование стратегий по ведению пациентов, утверждение списков пациентов, индикаторов мониторинга и т.д.)
76.2	Определены ответственные лица для реализации программы по управлению хроническими неинфекционными заболеваниями из числа руководителей медицинской организации, врачей, медицинских сестер и прочего персонала (мультидисциплинарная команда)
76.3	Проводится обучение пациентов и сотрудников для реализации процессов по управлению хроническими неинфекционными заболеваниями (самоменеджмент, ведение карт наблюдения, регистров и т.д.)
76.4	Проводится мониторинг для оценки эффективности мероприятий по управлению хроническими неинфекционными заболеваниями
76.5	Результат аудита применяется для обратной связи с медицинским персоналом, обучения сотрудников и других мероприятий для улучшения деятельности

77.0	ПОВТОРНЫЕ ОСМОТРЫ ПАЦИЕНТА Состояние пациента наблюдается и документируется в динамике
77.1	Состояние пациента наблюдается и документируется в динамике с целью оценки достижения целей или желаемых результатов от плана лечения
77.2	Повторные осмотры пациента проводятся регулярно в течение острой фазы заболевания и при хронической неострой фазе заболевания, согласно правил медицинской организации, или чаще, в зависимости от состояния пациента ■
77.3	План лечения обновляется, когда меняется состояние, диагноз пациента или на основе новой информации или по результатам повторных осмотров
77.4	Повторные осмотры пациента документируются в виде дневниковых записей врача (если применимо, также дневниковых записей медицинской сестры) с указанием состояния пациента в динамике
77.5	При появлении признаков ухудшения состояния пациент направляется или госпитализируется в более подходящую службу ■

79.0	ПЛАНИРОВАНИЕ ВЫПИСКИ (ДЛЯ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА) Планирование выписки начинается как можно раньше в процессе лечения ■
79.1	Планирование выписки начинается с пункта первого контакта пациента с медицинской организацией
79.2	Планирование выписки вовлекает пациентов и их семьи, когда это необходимо
79.3	Планирование выписки включает контакты (взаимодействие) с другими медицинскими организациями или внешними учреждениями в целях содействия непрерывности медицинской помощи
79.4	Планирование выписки учитывает социальные, духовные и культурные потребности пациента или семьи
79.5	Планирование выписки документируется в медицинской карте и обновляется по мере необходимости

80.0	ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ Выписка содержит ключевую информацию об оказанной медицинской помощи ■
80.1	Готовность пациента к выписке определяется состоянием пациента и показаниями к выписке
80.2	Выписка содержит причину госпитализации, основной диагноз, сопутствующие заболевания, ключевые данные осмотров, обследований, проведенное лечение, основные принятые ЛС
80.3	Выписка содержит состояние пациента на момент выписки и подробные рекомендации по дальнейшему уходу, причины для обращения за медицинской помощью или срок повторных осмотров
80.4	Копия выписки хранится в медицинской карте, другая копия выписки выдается пациенту и/или медицинскому работнику, ответственному за дальнейшее лечение пациента
80.5	Если пациент покинул медицинскую организацию без предупреждения или против рекомендации врача, делаются попытки информировать пациента или членов семьи или врача по месту жительства о рисках и последствиях

81.0	ПЕРЕВОД И ТРАНСПОРТИРОВКА ПАЦИЕНТА Перевод пациента согласовывается с принимающей организацией и обеспечивается безопасность транспортировки пациента ■
81.1	Перевод пациента в другую медицинскую организацию проводится на основе переводного эпикриза, который содержит причину перевода, проведенное лечение, состояние пациента на момент перевода и дальнейшие рекомендации
81.2	Устанавливается официальная или неофициальная договоренность с

	принимающей медицинской организацией о готовности принять пациента
81.3	При переводе пациента на медицинском транспорте, заполняется транспортировочный лист с указанием состояния пациента во время транспортировки, оказанного лечения, названия принимающей организации и фамилии сопровождающих и принимающих пациента сотрудников
81.4	Медицинский транспорт оснащен оборудованием, ИМН и ЛС в зависимости от состояния и потребностей пациента и если транспорт принадлежит медицинской организации, проводится регулярная инспекция готовности машины по чек-листу
81.5	Пациента сопровождает квалифицированный персонал в зависимости от состояния и потребностей пациента

	ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА И СЕМЬИ Медицинская организация проводит непрерывное обучение пациентов и семьи качественному, безопасному уходу
82.1	Разработаны правила и внедрен процесс обучения пациентов и его семьи качественному, безопасному уходу
82.2	Регулярно проводится оценка потребностей в обучении пациента и семьи, результаты оценки своевременно вносятся в медицинскую карту
82.3	Обучение пациентов и семьи проводится ответственным персоналом, обладающие необходимыми знаниями, коммуникативными навыками, с учетом потребностей пациентов и семьи
82.4	Регулярно проводится мониторинг знаний пациента и семьи по качественному и безопасному уходу
82.5	Результаты мониторинга используются при обучении пациента и семьи и других мероприятий для улучшения деятельности медицинской организации

83.0	ОРГАНИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ Услуги по анестезии и седации соответствуют законодательству и профессиональным требованиям ■
83.1	Определено квалифицированное лицо, ответственное за анестезиологическую службу и все услуги по анестезии и седации, и его функции прописаны в должностной инструкции
83.2	Только квалифицированное лицо проводит пред-анестезиологический и пред-седационный осмотр, дает анестезию или седацию и наблюдает за пациентом во время и после анестезии и седации
83.3	Оказываемые услуги по седации и анестезии соответствуют законодательству страны, а также профессиональным стандартам,

	протоколам лечения
83.4	Услуги по седации и анестезии доступны для экстренных ситуаций
83.5	Разработаны и утверждены формы информированного согласия на анестезию и седацию и пациенту говорится о преимуществах, рисках (возможных осложнениях) и альтернативах предлагаемой анестезии или седации (см. критерий 68.5)

84.0	АНЕСТЕЗИЯ Разработаны и внедрены правила или руководство по анестезии ■
84.1	Перед проведением анестезии анестезиолог проводит и документирует в медицинской карте предварительный осмотр пациента (см. критерий 18.1)
84.2	Непосредственно перед началом анестезии анестезиолог проводит и документирует пред-индукционную оценку пациента
84.3	Физиологический статус во время анестезии на основе жизненно-важных функций наблюдается и документируется не реже, чем каждые 10 минут для каждого пациента <i>Примечание: частота документации и жизненно-важные функции, которые должны наблюдаться, зависят от состояния пациента до процедуры, от вида процедуры, от вида анестетика и от профессиональных требований, и четко прописываются в правилах</i>
84.4	Пост-анестезиологический статус каждого пациента на основе жизненно-важных функций наблюдается и документируется не реже, чем каждые 30 минут для каждого пациента с указанием времени начала и конца пробуждения
84.5	Решение о готовности пациента к переводу в клиническое отделение принимается анестезиологом

85.0	СЕДАЦИЯ Разработаны и внедрены правила или руководство по седации ■
85.1	Перед проведением седации квалифицированный врач проводит и документирует в медицинской карте предварительный осмотр пациента (см. критерий 18.1)
85.2	В правилах перечислены все места, где седация проводится для сопровождения болезненной процедуры (процедурная седация)
85.3	При проведении процедурной седации доступны ЛС и ИМН для оказания экстренной помощи
85.4	При проведении процедурной седации присутствует лицо, владеющее навыками углубленной реанимационной помощи (врач-анестезиолог либо врач с действующим сертификатом ACLS)
85.5	Восстановление после седации определяется на основе критериев пробуждения, которые документируются в медицинской карте

86.0	КОД СИНИЙ Услуги реанимации доступны по всей организации ■
86.1	На территории медицинской организации доступны услуги реанимации (оказание базовой и углубленной сердечно-легочной реанимации или «код синий»)
86.2	Стандартизованный набор ЛС, ИМН и оборудования для оказания базовой и углубленной сердечно-легочной реанимации поддерживается в постоянной готовности
86.3	Внедрены правила, описывающие порядок оказания базовой и углубленной сердечно-легочной реанимации
86.4	Углубленная (расширенная) сердечно-легочная реанимация оказывается в течение 3 минут на территории медицинской организации
86.5	Медицинские работники обучены оказанию базовой сердечно-легочной реанимации

87.0	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО Протокол операции составляется своевременно и подробно ■
87.1	Вне зависимости от срочности операции, до начала операции врач проводит предоперационный осмотр и документирует его в виде предоперационного эпикриза в медицинской карте
87.2	Предоперационный эпикриз содержит обоснование или причину операции, предоперационный диагноз, название планируемой операции
87.3	Разработаны и утверждены формы информированного согласия на хирургическое вмешательство и пациенту говорится о преимуществах, рисках (возможных осложнениях) и альтернативах предлагаемого метода лечения (<i>см. критерий 68.5</i>)
87.4	В течение трех часов после окончания операции, до того, как пациент покинет зону пробуждения, составляется и документируется протокол операции
87.5	Протокол операции содержит: <ul style="list-style-type: none"> • идентификацию пациента, • послеоперационный диагноз, • имя оперировавшего хирурга и его ассистентов, • название операции и ход (описание) операции, • упоминание осложнений (нет/да), • биоматериал, отправленный на гистологическое исследование, • объем кровопотери в мл, • серийный номер имплантата (если применимо), • дату, время, подпись хирурга

88.0	ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ
-------------	---------------------------------------

	После операции составляется совместный послеоперационный план лечения и ухода
88.1	Послеоперационный план лечения и ухода составляется врачом совместно с медицинской сестрой и другими задействованными специалистами
88.2	Послеоперационный план лечения и ухода содержит конкретные указания или действия для среднего медицинского персонала и подпись среднего медицинского персонала
88.3	Послеоперационный план лечения составляется после операции и доступен для медицинского персонала
88.4	Послеоперационный план лечения отражается в листах назначения врача
88.5	При изменении состояния или потребностей пациента, послеоперационный план лечения и ухода обновляется

D4: Лабораторные услуги

89.0	ОРГАНИЗАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ Лабораторные услуги доступны для удовлетворения нужд пациентов и соответствуют законодательству и профессиональным требованиям ■
89.1	Определено квалифицированное лицо, ответственное за все лабораторные услуги, оказываемые для пациентов медицинской организации, в том числе оказываемые субподрядными организациями по договору
89.2	Только квалифицированные лица проводят и интерпретируют лабораторные исследования
89.3	Оказываемые лабораторные услуги соответствуют законодательству страны, а также профессиональным стандартам
89.4	Определенные лабораторные услуги доступны круглосуточно для экстренных ситуаций, возникающих во внерабочее время (если применимо)
89.5	Лабораторные услуги, оказываемые субподрядными организациями по договору контролируются через индикаторы или требования, прописанные в договоре, и при неудовлетворительном качестве услуг принимаются меры ▼

90.0	ВРЕМЕННЫЕ РАМКИ ИССЛЕДОВАНИЙ Определены временные рамки на каждый вид лабораторного исследования ■
90.1	На каждый вид лабораторного исследования определены временные рамки, в течение которых должен быть готов результат исследования
90.2	Результаты лабораторных исследований сообщаются своевременно
90.3	Проводится мониторинг своевременности выполнения экстренных лабораторных исследований
90.4	На каждый вид лабораторного исследования определены границы нормы,

	которые по возможности указаны в бланке с результатом исследования и при необходимости пересматриваются
90.5	Определены критические (значительно отклоненные от нормы) результаты лабораторных исследований, при выявлении которых персонал лаборатории в течение 30 минут информирует врача или ответственных лиц (см. критерии 56.1 и 56.3)

91.0	ОБРАЩЕНИЕ С БИОМАТЕРИАЛОМ ПАЦИЕНТА Процессы сбора, идентификации и маркировки, транспортировки, утилизации биоматериала пациента стандартизованы ■
91.1	Прописан и выполняется процесс назначения лабораторного исследования врачом и выписывания направления в лабораторию
91.2	Прописан и выполняется процесс сбора биоматериала, его идентификации и маркировки
91.3	Прописан и выполняется процесс безопасной транспортировки, обращения с биоматериалом пациента
91.4	Прописан и выполняется процесс приема лабораторией, регистрации, отслеживания и хранения биоматериала пациента
91.5	Вышеуказанные требования выполняются субподрядными организациями, выполняющими лабораторные исследования для пациентов организации

92.0	ЛАБОРАТОРНАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ Внедрена и выполняется программа лабораторной безопасности, взаимосвязанная с инфекционным контролем и безопасностью здания ■
92.1	Сотрудники лаборатории защищены от рисков через ношение средств индивидуальной защиты, специальной одежды, пользование защитным оборудованием и устройствами (например, очки, ламинарный шкаф)
92.2	Все сотрудники лаборатории обучаются основам лабораторной безопасности при трудоустройстве и периодически в ответ на инциденты, при получении нового оборудования или изменении методов работы ▼
92.3	Программа лабораторной безопасности запрещает в рабочих зонах лаборатории есть, пить, курить, применять косметику, прикасаться к контактной линзе или к губам
92.4	Инциденты, связанные с безопасностью (например, укол иглой, контакт с биоматериалом), сообщаются и по ним принимаются корректирующие меры (см. критерии 9.2; 26.5; 43.5)
92.5	Раз в год или чаще лицо, ответственное за лабораторные услуги, выступает с отчетом по лабораторной безопасности на заседании Комиссии по безопасности здания

93.0	КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА В ЛАБОРАТОРИИ Проводится внутренний и внешний контроль качества лабораторных услуг
93.1	Проводится внутренний контроль качества лабораторных услуг через оборудование или вручную путем выборочной перепроверки результатов исследований
93.2	Внутренний контроль качества проводится регулярно (желательно ежедневно) и не требует документации, если выполняется автоматически на оборудовании
93.3	Проводится внешний контроль качества лабораторных услуг через референс-лабораторию или выборочную перепроверку биоматериала внешней организацией
93.4	Внешний контроль качества проводится раз в год и подтверждается документально ▼
93.5	При неудовлетворительном результате внутреннего или внешнего контроля качества, принимаются корректирующие действия

94.0	ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОРУДОВАНИЕ Лабораторное оборудование поддерживается в рабочем состоянии
94.1	Все лабораторное оборудование регулярно инспектируется, поддерживается, калибруется и эти действия документируются (см. критерии 44.1 – 44.5)
94.2	Лабораторное оборудование обслуживается сотрудниками организации или за счет договора с внешней организацией
94.3	Все сотрудники обучены работе с оборудованием, с которым они работают
94.4	Если лабораторное оборудование находится вне лаборатории и им пользуются сотрудники клинических отделений, то они проходят обучение работе с оборудованием от руководителя или сотрудника лаборатории
94.5	Раз в квартал руководитель или сотрудник лаборатории проверяет все единицы лабораторного оборудования, которое находится вне лаборатории (тестирование реагентов или функций оборудования) ▼

D5: Служба лучевой диагностики

95.0	ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ Услуги лучевой диагностики доступны для удовлетворения нужд пациентов и соответствуют законодательству и профессиональным требованиям ■
95.1	Определено квалифицированное лицо, ответственное за услуги лучевой диагностики, оказываемые для пациентов медицинской организации
95.2	Только квалифицированные лица проводят и интерпретируют

	радиологические, ультразвуковые и другие виды исследования в лучевой диагностике
95.3	Оказываемые услуги лучевой диагностики соответствуют законодательству страны, а также профессиональным стандартам
95.4	Определенные услуги лучевой диагностики доступны круглосуточно для экстренных ситуаций, возникающих во внерабочее время (если применимо)
95.5	Услуги лучевой диагностики, оказываемые субподрядными организациями по договору контролируются через индикаторы или требования, прописанные в договоре, и при неудовлетворительном качестве услуг принимаются меры ▼

96.0	ВРЕМЕННЫЕ РАМКИ ИССЛЕДОВАНИЙ Определены временные рамки на каждый вид исследования в лучевой диагностике ■
96.1	На каждый вид радиологического исследования (рентген, КТ, МРТ) определены временные рамки, в течение которых должно быть готово заключение
96.2	Заключение радиологических исследований готовится своевременно
96.3	Проводится мониторинг своевременности выполнения экстренных радиологических исследований
96.4	Во внерабочее время снимок или диск с радиологическим исследованием может быть выдан дежурному/ лечащему врачу без заключения при условии, что врач имеет привилегию по интерпретации исследования (<i>см. критерии 24.1 и 27.3</i>)
96.5	Определены критические (значительно отклоненные от нормы) результаты радиологических исследований, при выявлении которых персонал информирует врача или ответственных лиц (<i>см. критерии 56.1 и 56.3</i>)

97.0	РАДИАЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ Внедрена и выполняется программа радиационной безопасности, взаимосвязанная с инфекционным контролем и безопасностью здания ■
97.1	Сотрудники защищены от радиации через ношение рентген-защитной одежды, пользование защитными устройствами, ношение индивидуальных дозиметров
97.2	Все сотрудники радиологической службы обучаются основам радиационной безопасности при трудоустройстве и периодически в ответ на инциденты, при получении нового оборудования или изменении методов работы ▼

97.3	Программа радиационной безопасности включает проверку защитных свойств всей рентген-защитной одежды каждые два года, проверку фона радиации в помещении раз в год и ежеквартальный контроль индивидуальных дозиметров ▼
97.4	Инциденты, связанные с безопасностью или несоблюдением радиационной безопасности сообщаются и по результатам работы с инцидентами принимаются корректирующие меры (см. критерии 9.2; 26.5; 43.5)
97.5	Раз в год или чаще лицо, ответственное за радиационную безопасность, выступает с отчетом по радиационной безопасности на заседании Комиссии по безопасности здания

98.0	РАДИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ Радиологическое оборудование поддерживается в рабочем состоянии
98.1	Все оборудование по лучевой диагностике (рентген, КТ, МРТ, УЗИ и другие) регулярно инспектируется, поддерживается, калибруется и эти действия документируются (см. критерии 44.1 – 44.5)
98.2	Оборудование по лучевой диагностике обслуживается сотрудниками организации или за счет договора с внешней организацией
98.3	Все сотрудники обучены работе с оборудованием, с которым они работают
98.4	Есть список всего оборудования по лучевой диагностике
98.5	Требования к технической спецификации и характеристикам закупаемого оборудования по лучевой диагностике определяется специалистом по лучевой диагностике

99.0	КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА В РАДИОЛОГИИ Проводится внутренний и внешний контроль качества радиологических исследований
99.1	Внутренний контроль качества проводится регулярно (желательно ежедневно) и не требует документации, если выполняется автоматически на оборудовании
99.2	Ежегодно проводится внешний контроль качества путем выборочной перепроверки заключения внешним экспертом («второе чтение»)
99.3	Существует список внешних экспертов с контактными данными, к которым может обратиться организация при сомнительном, сложном случае («второе чтение») ▼
99.4	Знания, квалификация внешних экспертов подтверждены документально
99.5	При неудовлетворительных данных контроля качества принимаются меры