

Критерии аккредитации медицинской реабилитации

Глава 1. Руководство

№	Измеряемые критерии	Ранги
	1. Орган управления медицинской организацией. Функции Органа управления (Наблюдательный Совет, Совет директоров, учредитель (учредители)) медицинской организации прописаны в документах	
1)	Структура и функции Органа управления, включая делегированные первому руководителю (руководителям) медицинской организации полномочия, прописаны в Уставе (Положении) медицинской организации **	III
2)	Члены Органа управления медицинской организации избираются в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	III
3)	Орган управления принимает участие в развитии медицинской организации и направлении ее деятельности путем утверждения или согласования стратегического плана и планов, связанных с бюджетом	III
4)	Медицинская организация ежеквартально предоставляет Органу управления отчеты о результатах основной деятельности, реализации плана мероприятий по непрерывному улучшению качества; как минимум раз в полгода предоставляет Органу управления отчеты о реализации плана по управлению рисками, а также отчеты комиссии по безопасности зданий **	II
5)	Органом управления утверждены критерии и ежегодно проводится оценка работы первого руководителя (руководителей) медицинской организации ** Орган управления оценивается вышестоящим органом здравоохранения или вышестоящим учредителем на ежегодной основе ** Орган управления, являющийся высшим уровнем управления медицинской организации, оценивает свою деятельность в виде ежегодной самооценки (включая случаи, когда Орган управления в частной организации представлен в единственном числе) **	I
	2. Стратегическое и операционное планирование. Руководители медицинской организации планируют услуги согласно потребностям населения	
1)	В стратегическом плане медицинской организации излагаются миссия, видение, ценности, стратегические цели, задачи и индикаторы исполнения задач ** Миссия и видение медицинской организации являются доступными для ее персонала и населения	III
2)	На основании стратегического плана разрабатывается и утверждается годовой план (операционный план) медицинской организации с установленными индикаторами **	II
3)	Годовой план учитывает мероприятия всех структурных подразделений	II
4)	Ответственным лицом проводится свод и мониторинг исполнения мероприятий годового плана как минимум на ежеквартальной основе с последующим предоставлением руководству организации	II
5)	Руководители структурных подразделений как минимум ежеквартально отчитываются ответственному лицу о выполнении поставленных задач и достижении желаемых результатов по индикаторам годового плана **	I
	3. Организационная структура. Организационная структура соответствует миссии и деятельности организации	
1)	Организационная структура представляется в виде схемы, отражает подотчетность и взаимосвязь структурных подразделений и руководства, а также существующих комиссий и (или) комитетов. Организационная структура утверждается руководством медицинской организации и доводится до сведения персонала организации **	III
2)	В организационной структуре указывается позиция, осуществляющая общее руководство медицинской организацией, и позиция (позиции), осуществляющая контроль лечебно-профилактической деятельности	III
3)	В организационной структуре указывается позиция, осуществляющая контроль сестринского ухода	III
4)	В организационной структуре указывается позиция, осуществляющая деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг Ответственное лицо медицинской организации, осуществляющее деятельность по управлению качеством, ответственно за мониторинг плана по непрерывному улучшению качества, обладает необходимыми навыками и знаниями в области улучшения качества	III

5)	В организационной структуре указывается позиция, осуществляющая контроль эффективного управления финансовыми ресурсами, включающее планирование, мониторинг и контроль	II
4. Этические нормы. Определяются и соблюдаются этические нормы организации		
1)	В медицинской организации определяются этические нормы, определяющие правила поведения персонала	III
2)	В медицинской организации создана Этическая комиссия для рассмотрения этических вопросов, возникающих при оказании медицинских услуг **.	III
3)	В медицинской организации внедрен процесс выявления, своевременного анализа и принятия мер по этическим вопросам, включающие взаимодействие в коллективе (такие случаи как насилие, домогательства, травлю), другие ситуации в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан ***	II
4)	Персонал медицинской организации проходит обучение по вопросам норм Этического кодекса в медицинской организации **. Обучение включает процедуру прямого уведомления Органа управления и (или) уполномоченные органы персоналом о случаях домогательств со стороны руководства или его бездействия	I
5)	Процедуры анализа и принятия мер по этическим вопросам проводятся в рамках установленных сроков **	II
5. Культура безопасности (не карательная обстановка в коллективе, при которой безопасность пациента ставится выше профессиональной солидарности). Руководство организации внедряет и поддерживает культуру безопасности, поощряет выявление инцидентов и принимает системные меры по улучшению работы		
1)	В медицинской организации исполняются мероприятия, обеспечивающие реализацию «культуры безопасности». Клинический персонал осведомлен о не карательной системе, обеспечивающей заполнение и регистрацию инцидентов без риска быть наказанным, а также знает определения: «потенциальная ошибка», «ошибка», «экстремальное событие»	I
2)	В медицинской организации внедрен процесс обеспечения страхования (гарантирования) профессиональной ответственности медицинских работников, выполняющих процедуры и операции высокого риска (с высоким риском судебных исков) **	I
3)	Внедрен процесс регистрации и оповещения об инцидентах (задокументированный случай «потенциальной ошибки», «ошибки», «экстремального события») в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации *	I
4)	В медицинской организации определены лица (лицо) ответственные за мониторинг и управление инцидентами, включающий контроль по изучению первопричин инцидента, а также обучение персонала вопросам управления инцидентами	I
5)	Исполняется механизм изучения инцидентов, обеспечивающих идентификацию первопричин инцидента и их системное решение в целях улучшения качества процессов и услуг, включая коммуникацию со стороной пострадавшей от инцидента **	I
6. Управление качеством. В медицинской организации определяется должностное лицо, осуществляющее деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг, и утверждается программа или план, определяющие основные направления работы по улучшению качества оказания медицинских услуг		
1)	Должностное лицо медицинской организации, осуществляющее деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг, обладает необходимыми навыками и знаниями в области улучшения качества **	I
2)	Орган управления медицинской организации ежегодно утверждает программу или план мероприятий по непрерывному улучшению качества медицинских услуг и повышения безопасности пациента с участием всех подразделений медицинской организации *	II
3)	В документе по непрерывному улучшению качества медицинских услуг дается определение термина «экстремальное событие»	II
4)	Экстремальное событие подлежит обязательному расследованию и о его результатах информируются руководство медицинской организации, заинтересованный (заинтересованные) пациент (пациенты), а также Орган управления медицинской организации (в квартальном отчете с указанием принятых мер) **	II
5)	Персонал медицинской организации обучается методам (инструментам) улучшения качества и надлежащему использованию статистических данных, полученных в результате мониторинга деятельности медицинской организации	I
7. Управление рисками. В медицинской организации внедряется программа по управлению рисками		
1)	Медицинская организация имеет утвержденную и исполняемую программу по управлению рисками,	I

	которая включает следующие элементы: цель и задачи документа; способ оценки рисков; реестр рисков и (или) план управления рисками с описанием мер снижающих негативное влияние идентифицированных рисков ответственных за управлением риска, оценки риска, периодичность отчетности и мониторинга утвержденное ответственное лицо, осуществляющее деятельность по управлению рисками; отчетность Органу управления по рискам требования по обучению персонала; виды рисков (стратегические, клинические, эпидемиологические, финансовые, риски по функциональности здания и прочие риски); требование разработать действие на каждый значительный риск; требование информировать и коммуницировать заинтересованные стороны о рисках ответственность персонала в реализации программы по управлению рисками *	
2)	Реестр рисков и (или) план управления рисками учитывает риски, связанные с оказанием реабилитационных услуг	I
3)	Руководители структурных подразделений и персонал медицинской организации осведомлены о возможных неблагоприятных событиях, которые могут возникнуть вследствие клинических, техногенных и организационных особенностей производственных процессов (далее – риски) в своих подразделениях	I
4)	Медицинская организация проводит непрерывную оценку рисков. Источники информации о рисках: инциденты (потенциальных ошибок, ошибок, экстремальных событий), медицинский персонал, наблюдения, обзор документации, пациенты и их законные представители **	I
5)	Медицинская организация принимает меры по полноценной реализации мероприятий плана управления рисками, снижению или устранению рисков (план может составляться, обновляться и корректироваться в течение года) **	I
8. Работа с населением. Медицинская организация вовлекает пациентов, население и персонал в планирование оказания медицинских услуг и способствует доступности оказываемых медицинских услуг для населения		
1)	Официальный сайт медицинской организаций является доступным для населения и заинтересованных сторон, содержит основную информацию касательно оказываемых медицинских услуг, контактные данные, адреса, основные документы, доступные для разглашения и мероприятия по повышению «медицинской грамотности» населения **	III
2)	На сайте указана актуальная информация по графику врачей и рабочему времени самой медицинской организаций **	III
3)	Медицинская организация ведет актуальные страницы в социальных сетях и обеспечивает обратную связь по жалобам и предложениям от населения	III
4)	Медицинская организация участвует в программах по обучению населения здоровому образу и профилактике заболеваний **	III
5)	Медицинская организация своевременно публикует новостные мероприятия на официальном сайте	II

Глава 2. Управление ресурсами

9. Управление финансами. Финансовые ресурсы медицинской организации используются эффективно для реализации плановых задач		
1)	Бюджет медицинской организации соответствует поставленным задачам стратегического и операционного (годового) планов работы	II
2)	Бюджет медицинской организации учитывает заявки руководителей подразделений с обоснованием	III
3)	Бюджет позволяет обеспечивать медицинскую организацию необходимыми ресурсами для осуществления деятельности и пересматривается в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации	III
4)	При оплате труда персонала медицинской организации на основе дифференциированной системы оплаты предусмотрены индикаторы для определения производительности труда персонала, утвержденные руководством медицинской организации в соответствии с законодательством Республики Казахстан *	II
5)	Внешний государственный аудит проводится в соответствии с законодательством Республики	II

	Казахстан ***. В случае отсутствия государственного аудита в частных организациях, проводится внешний финансовый аудит.	
10. Информационное управление. Создаются надлежащие условия для эффективного управления данными		
1)	В медицинской организации имеется достаточное количество технических средств, обеспечивающих потребности медицинского персонала при работе с медицинской и административной информацией, своевременного и полного ввода данных	III
2)	Руководство обеспечивает доступ медицинских работников к сети интернет для своевременного получения и обмена информацией, необходимой в работе	III
3)	Утвержден и исполняется порядок разработки, согласования, утверждения и оформления, а также сроки пересмотра процедур и планов организации, относящихся к ключевым процессам организации (требование относится к процедурам и планам которые относятся к ключевым функциям и (или) могут меняться, например, план по улучшению качества, операционный план, правила по триажу; в то время такие процедуры как: снятие и одевание маски, техника мытья рук могут оставаться неизменными если соответствуют признанной практике). Медицинская организация утверждает процедуры общего управления документацией в соответствии с законодательством Республики Казахстан, учитывая цифровизацию клинического и административного документооборота ***	III
4)	Медицинская организация применяет медицинские информационные системы при документации процедур ухода и лечения в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	III
5)	Плановые внутренние собрания структурных подразделений, общие собрания, наряду с отдельными обучениями и инструктажами ответственных лиц, используются для обучения персонала установленным процедурам медицинской организации. Обучение направлено на оказание качественной и интегрированной медицинской помощи пациентам, в соответствии с требованиями стандартов национальной аккредитации и законодательства Республики Казахстан	II
11. Защита информации. Медицинская организация обеспечивает конфиденциальность, безопасность и целостность информации		
1)	В медицинской организации определены уровни доступа персонала к медицинским записям пациента. Каждый персонал имеет логин и пароль для входа в медицинские информационные системы, а также для входа в компьютер на рабочем месте	II
2)	В медицинской организаций используются лицензионное программное обеспечение и операционная система	II
3)	Помещение архива медицинской организации обеспечивает безопасное хранение документации от пожара и неавторизованного доступа. Документация хранится стандартизировано с возможностью идентификации периода или структурного подразделения, к которому относится документация	I
4)	Персонал ежегодно обучается правилам по защите и неразглашению конфиденциальной информации, а также процедурам по соблюдению приватности пациента при оказании медицинских услуг **	III
5)	В медицинской организации определены сроки хранения и порядок уничтожения медицинских и немедицинских документов	II
12. Медицинская документация. Медицинская документация составляется своевременно и способствует преемственности медицинской помощи		
1)	В медицинских картах применяются формы медицинской документации согласно законодательству Республики Казахстан и лучшей мировой практики согласно требованиям стандартов аккредитации ***	III
2)	Содержание медицинской карты стандартизируется в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации *	I
3)	Все лечебно-диагностические назначения, проведенные диагностические мероприятия, медикаментозная терапия, включая иные лечебные мероприятия, своевременно документируются в медицинской карте пациента	I
4)	В медицинских картах используются аббревиатуры, символы из списка, утвержденного руководством медицинской организации. Записи в медицинских картах написаны и оформлены разборчиво *	III
5)	В бумажных вариантах медицинских карт каждая запись подписывается автором с указанием даты и времени	I
13. Анализ и доступ к информации. Проводится проверка достоверности данных, а также обеспечивается доступ персонала к информации		
1)	Утверждена процедура проверки достоверности публикуемых и предоставляемых во внешние организации данных **	III

2)	Руководство организации обеспечивает доступность для персонала информации о действующих процедурах организации в электронном и (или) печатном формате	III
3)	При мониторинге новых индикаторов проводится проверка достоверности полученных данных вторым лицом *	III
4)	Свод данных по индикаторам для включения в квартальные отчеты для руководства осуществляется ответственным работником **	III
5)	Персонал, задействованный в оказании медицинских услуг, чувствует в сборе данных по индикаторам (например, заведующий отделением радиологии отчитывается по индикаторам в своем отделении ответственному лицу в отделе менеджмента качества)	II
14. Штатное расписание. Штатное расписание соответствует организационной структуре, миссии и деятельности медицинской организации		
1)	Штатное расписание медицинской организации утверждается руководством медицинской организации в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
2)	Штатное расписание составляется и пересматривается на плановой основе, на основании заявок руководителей структурных подразделений, на основании анализа соответствия штатного расписания производственным нуждам и потребностям населения (определение уровня укомплектованности персоналом; необходимого уровня стажа и компетентности; расчет эффективной и рациональной структуры должностей персонала) ***	III
3)	В медицинской организации утверждаются и исполняются квалификационные требования к должностям в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
4)	На каждый вид должности, руководством медицинской организации утверждается должностная инструкция с указанием квалификационных требований (образование, обучение, знания, навыки и опыт) и функций, специфичных для данной должности ** Для внештатных работников, совместителей и консультантов вышеупомянутые требования прописываются в договоре **.	III
5)	Координация взаимодействия персонала структурных подразделений обеспечиваются положениями о подразделениях (где указаны функции и услуги подразделений, а также подотчётность персонала), должностными инструкциями, правилами и процедурами организации	II
15. Управление человеческими ресурсами. В медицинской организации внедрен процесс эффективного управления человеческими ресурсами		
1)	Процедуры по поиску, инструктажу (ориентации) и адаптации персонала разрабатываются в соответствии с законодательством Республики Казахстан и внедряются в медицинской организации ***	III
2)	Персонал медицинской организации, а также привлекаемые специалисты на договорной основе, соответствуют квалификационным требованиям должностной инструкции к занимаемой должности. Оригинал подписанный персоналом должностной инструкции имеется в кадровой службе	III
3)	Руководство медицинской организации создают условия для непрерывного обучения персонала медицинской организации (доступ в интернет, компьютеры, тренинговый класс, библиотека)	III
4)	В медицинской организации определяются потребности персонала в обучении. Обучение персонала планируется, составляется список персонала требующих прохождение обучения и (или) повышения квалификации и планируется необходимый бюджет **	III
5)	Руководством разрабатываются и внедряются процедуры для мотивации персонала медицинской организации и укрепления корпоративного духа, проводится анкетирование персонала	II
16. Личное дело персонала. Руководством медицинской организации установлен процесс формирования, хранения и обновления личных дел персонала		
1)	Личные дела персонала медицинской организации, а также специалистов, привлекаемых на договорной основе, хранятся в соответствии с утвержденными внутренними процедурами медицинской организации. Содержание личных дел стандартизировано	II
2)	Личные дела персонала, а также специалистов, привлекаемых на договорной основе и слушателей резидентуры, содержат сертификат специалиста (для врачей), сведения об образовании, трудовом стаже и квалификации	I
3)	Личные дела каждого медицинского работника, а также специалистов, привлекаемых на договорной основе, содержат доказательство проверки подлинности у первоисточника документов об образовании работника, в соответствии с требованиями должностной инструкции	I
4)	Личное дело каждого медицинского работника, а также специалистов, привлекаемых на договорной	II

	основе, содержит результаты оценки деятельности персонала, проводимые один раз в год	
5)	Личное дело каждого медицинского работника, а также специалистов, привлекаемых на договорной основе, содержит записи о проведении обучения на базе медицинской организации и вне организации. Если специалист, привлекаемый на договорной основе, исполняет обязанности договора удаленно или дистанционно то записи об обучении на базе медицинской организации не обязательны (например, врач по специальности «лучевой диагностики», привлекаемый в рамках договора на «вторую читку»)	III
17.	Инструктаж. Медицинская организация проводит инструктаж каждого поступающего работника по различным направлениям медицинской организации и использует наглядные материалы для инструктажа (презентации и (или) видеоматериалы)	
1)	В медицинской организации разрабатываются и используются учебные материалы (презентации и (или) видеоматериалы) для проведения вводного инструктажа кадровой службой, который включает ознакомление с организацией, запрет на домогательства, ответственность за соблюдение сохранности конфиденциальной информации о пациентах согласно законодательству Республики Казахстан ***	III
2)	Все штатные работники, работники, привлекаемые на договорной основе, обучающие лица на базе медицинской организации, проходят инструктаж и обучение для ознакомления с медицинской организацией, со своими должностными обязанностями (для работников) и основными требованиями по безопасности и инфекционного контроля**. Ответственность за инструктаж обучающихся на базе медицинской организации может быть возложен на их кураторов.	III
3)	Инструктаж персонала включает противопожарную безопасность, готовность к чрезвычайным ситуациям (землетрясения и наводнения, где применимо) и соблюдение правил техники безопасности на рабочем месте	III
4)	Инструктаж персонала включает вопросы инфекционного контроля	III
5)	Инструктаж персонала медицинской организации включает ознакомление с принципами культуры безопасности	II
18.	Оценка клинических навыков. Проводится оценка знаний и клинических навыков клинического персонала, включая клинический персонал, привлекаемый на договорной основе, в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации	
1)	При трудоустройстве проводится оценка клинических навыков врача, и утверждается список его клинических привилегий (перечень операций и процедур высокого риска, выполнение которых разрешено врачу в данной медицинской организации)	II
2)	При трудоустройстве проводится оценка навыков среднего медицинского персонала и утверждаются персональные списки компетенций в соответствии с процедурами медицинской организации	III
3)	При трудоустройстве проводится оценка навыков персонала параклинических структурных подразделений медицинской организации	II
4)	Один раз в три года или чаще проводится процедура пересмотра клинических привилегий врача с учетом оценки деятельности врача, его текущей квалификации (знаний, образования, навыков и опыта), исходов лечения, в том числе неблагоприятных исходов и других сведений. * При несоответствии компетентности врача требованиям должностной инструкции, показателям работы или уровню квалификации, рассматривается вопрос отстранения врача от клинической практики в данной организации (ограничение привилегий) или направление на обучение или менторство, либо расторжение договора в случае, если врач привлекается на договорной основе	II
5)	В медицинской организации ежегодно проводится переоценка компетенций персонала, параклинических структурных подразделений и средних медицинских работников	I
19.	Ежегодная оценка персонала. Один раз в год проводится оценка работы медицинского персонала, в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации	
1)	Утверждаются процедуры оценки и форма оценки медицинских работников. Форма оценки врача клинической специальности (врач, который проводит осмотр или лечение пациента) включает критерии: лечение и уход (врач оказывает эффективную и целесообразную медицинскую помощь); клинические знания (врач владеет нужными знаниями, применяет эти знания в работе); повышение квалификации (врач улучшает свою клиническую практику и знания); личные качества и коммуникабельность (врач поддерживает профессиональные взаимоотношения с пациентами и коллегами); этическая практика (врач относится к пациенту с состраданием, уважением к пациентам из разных социальных и культурных слоев); системное мышление (врач проявляет активность и гибкость в использовании нужных	III

	ресурсов); бережливое отношение к ресурсам (врач целесообразно и своевременно назначает лекарственные средства, исследования, консультации)	
2)	При оценке врачей, среднего медицинского персонала и других работников, перечень которых определен медицинской организацией, учитываются установленные показатели работы (индикаторы деятельности) эти показатели содержатся в личных делах	II
3)	Заполненная форма оценки персонала хранится в личном деле. Персонал организации ознакомлен с результатами оценки его работы	III
4)	На основании результатов оценки определяется соответствие персонала занимаемой должности согласно требованиям законодательством Республики Казахстан ***	III
5)	Проводится оценка профессиональных компетенций персонала	II
20. Здоровье и безопасность персонала. Здоровье и безопасность персонала медицинской организации поддерживаются в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***		
1)	Медицинская организация предоставляет (или обеспечивает) персоналу идентификационные бейджи, необходимую защитную одежду, средства индивидуальной защиты и защитное оборудование (включая средства для радиационной безопасности)	I
2)	Медицинская организация проводит оценку безопасности рабочих мест в соответствии с законодательством Республики Казахстан и обеспечивает безопасные условия труда от физических и технических причин травматизма (профилактика падения, мероприятия по защите от удара током, использование алгоритмов и необходимого оборудования по переносу пациентов и тяжелых предметов с целью сохранности здоровья опорно-двигательного аппарата задействованного персонала, защита от воздействия высокого уровня шума). Правила организации, опрос кадровой службы или другие документы подтверждают, что случаи производственного травматизма и другие подлежащие отчетности сведения сообщаются в уполномоченные органы и расследуются руководством медицинской организации в рамках разбора инцидента (смотреть пункт 5 настоящего Стандарта)	III
3)	Медицинская организация проводит оценку безопасности рабочих мест в соответствии с законодательством Республики Казахстан и обеспечивает безопасные условия труда от биологических и химических причин травматизма (вакцинация, алгоритмы безопасности при уколе иглой, безопасность от воздействия токсикологических лекарственных средств) Правила организации, опрос кадровой службы или другие документы подтверждают, что случаи производственного травматизма и другие подлежащие отчетности сведения сообщаются в уполномоченные органы и расследуются руководством медицинской организации в рамках разбора инцидента (смотреть пункт 5 настоящего Стандарта)	II
4)	Медицинская организация проводит мониторинг рабочей нагрузки, создает условия психологической поддержки и эмоциональной разрядки персонала для минимизации стресса и его контроля (антистрессовая комната, комната духовного уединения) *	I
5)	Медицинская организация создает условия и проводит мероприятия для персонала по продвижению здорового образа жизни (спортивные мероприятия, мероприятия направленные против табакокурения) **	I
21. Мониторинг договоров. Руководители медицинской организации контролируют качество представляемых по договору услуг и товаров		
1)	Руководителем медицинской организации определяются ответственные лица по курации договоров о закупке товаров или услуг для медицинской организации.	II
2)	В медицинской организации реализуется механизм отчетности по договорам со стороны получателей услуг и товаров ответственному лицу по курации договоров (например, заведующий лабораторией дает оценку исполнения договора по полученным реагентам ответственному лицу по курации договоров) *	I
3)	К каждому договору прописываются требования и индикаторы, на основании которых медицинская организация проводит мониторинг договора и оценку качества услуг или товаров поставщика, и принимаются управленческие решения **	II
4)	Ведется перечень всех договоров с внешними организациями или лицами, задействованных в оказании медицинских услуг пациентам, включая диагностические, лечебные, консультативные и другие услуги	II
5)	Существует механизм подотчетности и коммуникации с внешними организациями или лицами, задействованных в оказании медицинских услуг пациентам, включая диагностические, лечебные,	I

	консультативные и другие услуги для координации и оценки оказываемых услуг	
--	--	--

Глава 3. Управление безопасностью

Параграф 1. Инфекционный контроль

22. Мероприятия по инфекционному контролю. Мероприятия по инфекционному контролю определены и исполняются ответственным персоналом медицинской организации		
1)	Руководством медицинской организации или комиссией по инфекционному контролю разрабатывается и утверждается план работы (план мероприятий) по инфекционному контролю, включающие достижимые и измеримые мероприятия в целях снижения рисков инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (далее – ИСМП) **	I
2)	План работы (план мероприятий) по инфекционному контролю, включающие достижимые и измеримые мероприятия в целях снижению рисков ИСМП, исполняется, показатели плана контролируются и в случае необходимости принимаются меры по улучшению	III
3)	Медицинской организацией определены эпидемиологические риски и (или) риски ИСМП, а также план мероприятий по их устранению	I
4)	В структуре медицинской организации определено квалифицированное лицо, отвечающее за курицию мероприятий, связанных с инфекционной и эпидемиологической безопасностью, а также за своевременное предоставление результатов инфекционного контроля в уполномоченный орган в области здравоохранения	II
5)	Не реже одного раза в квартал специалисты инфекционного контроля (члены комиссии инфекционного контроля) информируют персонал и руководство организации о результатах мониторинга индикаторов инфекционного контроля, и о рекомендациях для улучшения деятельности медицинской организации по вопросам инфекционного контроля	I
23. Программа по инфекционному контролю. В медицинской организации разрабатывается и внедряется программа по инфекционному контролю		
1)	Программа по инфекционному контролю разрабатывается и внедряется в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	III
2)	При разработке программы по инфекционному контролю учитываются рекомендации Всемирной организации здравоохранения или другие профессиональные признанные источники, основанные на доказательной медицине *	III
3)	Информация о выявленных инфекционных заболеваниях своевременно предоставляются в территориальные департаменты государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологическое благополучие населения в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	III
4)	Руководство предоставляет необходимые ресурсы для эффективного выполнения программы инфекционного контроля	II
5)	Разработаны и исполняются превентивные меры по сохранению здоровья персонала, включая вакцинацию, предотвращение укола иглой, оперативные мероприятия в случае укола иглой или попадание биологических жидкостей пациента на слизистые оболочки или в кровеносную систему медицинского работника	II
24. Процедуры по инфекционному контролю. Процедуры инфекционного контроля обеспечивают защиту персонала и пациентов.		
1)	В медицинской организации внедряются алгоритмы по универсальным мерам предосторожности, применению средств индивидуальной защиты *	II
2)	Средства индивидуальной защиты используются персоналом в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации	I
3)	В медицинской организации в наличии имеется достаточное количество средств индивидуальной защиты и установленных антисептиков Процедуры и алгоритмы медицинской организации в области инфекционного контроля разрабатываются в соответствии с законодательством Республики Казахстан *	II
4)	В местах обработки рук для персонала установлены раковины с проточной холодной и горячей водой, мылом, антисептиками, салфетками или другими средствами для сушки рук. В медицинской организации в наличии имеется достаточное количество средств индивидуальной защиты (смотреть подпункт 5) пункта 30 настоящего Стандарта)	II
5)	Одноразовые изделия утилизируются (исключается повторное использование) после использования в соответствии с утвержденными процедурами организации и требованиями законодательства	I

	Республики Казахстан *В местах обработки рук установлены раковины с проточной водой, мылом, антисептиками, салфетками или другими средствами для сушки рук	
25.	Дезинфекция, стерилизация и прачечная. Чистка (уборка), дезинфекция, стерилизация и обращение с бельем проводятся с минимизацией риска инфекций в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан ***	
1)	Персонал медицинской организации соблюдает требования законодательства в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Республике Казахстан по чистке (уборке), дезинфекции помещений и поверхностей	I
2)	Емкости (тары) с дезинфицирующими растворами промаркованы с указанием состава и даты разведения. Дата разведения не превышает рекомендаций, указанных в инструкции дезинфицирующего средства	I
3)	Дезинфекция и стерилизация медицинских изделий проводится с минимизацией риска инфекций, с соблюдением поточности процесса от «грязной» к «чистой» зоне. Персонал соблюдает этапность проведения стерилизации (сбор, транспортировка, учет, укладка, предстерилизационная очистка, стерилизация, упаковка, маркировка, доставка, хранение инструментов) *	I
4)	Качество предстерилизационной очистки и стерилизации мониторируется с применением химических и (или) биологических индикаторов ** Внедрен процесс идентификации стерильных и не стерильных биксов	I
5)	Обращение с чистым и грязным бельем, стирка белья проводится с минимизацией риска кросс-инфекции. Персонал соблюдает процедуры по обращению с бельем (сбор, транспортировка, передача, стирка, глажка, учет, раздача, применение) ***	I
26.	Пищеблок. Медицинская организация минимизирует риск инфекций при приготовлении пищи	
1)	Продукты питания хранятся с соблюдением санитарно-эпидемиологических требований Республики Казахстан, включая температурный режим, влажность, защиту от света, вентиляцию, сроки хранения, товарное соседство. *** В наличии имеются документы, подтверждающие происхождение, качество и безопасность продуктов питания, соблюдение условий, исключающих их загрязнение и порчу, а также попадание в них посторонних предметов и веществ	I
2)	В пищеблоке соблюдаются деление на зоны (сырая, готовая продукция), маркировка разделочного инвентаря, оборудования и тары, раздельная обработка готовых и сырых пищевых продуктов (из подпункта 3 данного стандарта и изменено)	I
3)	Проводится обработка продуктов питания, поверхностей, посуды и других мест приготовления, обработки и хранения пищи, а также вспомогательных помещений пищеблока, для предотвращения кросс-инфекций в пищеблоке в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями	I
4)	Обработку посуды проводят в следующей последовательности: механическое удаление пищи и мытье в первой мойке с обезжирающими средствами, ополаскивание горячей водой во второй мойке и просушивание посуды на специальных полках, решетках. В буфетных инфекционных, кожно-венерологических, противотуберкулезных организаций (отделений), по эпидемиологическим показаниям в отделениях другого профиля обработка посуды и утилизация отходов проводится согласно законодательству Республики Казахстан ***	II
5)	Персонал пищеблока медицинской организации проходит медицинский осмотр, профессиональную подготовку (квалификацию, специальность), соответствующую характеру выполняемых работ, а также обучение и аттестацию в области соблюдения требований норм санитарно-эпидемиологического благополучия населения Республики Казахстан, обеспечивающих безопасность производства пищевых продуктов **	III
27.	Пищеблок 2. Организация работы пищеблока обеспечивает безопасную раздачу еды, хранение суточных проб и условия для мытья рук.	
1)	Диетической сестрой или лицом, исполняющим обязанности диетической сестры предоставлены доказательства ежедневного оставления суточных проб приготовленных блюд. Для суточной пробы оставляются полпорции первых блюд, порционные вторые блюда, а также проба третьего блюда (при наличии)	II
2)	Суточные пробы хранятся в промаркованных (1, 2, 3 блюда) банках с крышками при температуре +2оС - +6оС в специально отведенном месте в холодильнике для хранения готовой пищи. По истечении 24 часов суточная пробы выбрасывается в пищевые отходы. Посуда для хранения суточной пробы (емкости, крышки) обрабатывается кипячением в течение пяти минут.	II
3)	Для доставки готовой пищи в буфетные отделения больницы используются промаркованные (для пищевых продуктов) термосы или посуда с закрывающимися крышками. Транспортировка	III

	осуществляется с помощью специальных тележек	
4)	Раздачу готовой пищи производят буфетчицы и дежурные медицинские сестры отделения в халатах с маркировкой "для раздачи пищи". Представлены доказательства, что при раздаче первые блюда и горячие напитки имеют температуру не ниже + 75оС, вторые – не ниже +65оС, холодные блюда и напитки – от +7оС до +14оС	III
5)	Места приготовления пищи и мытья посуды обеспечены раковинами с подводкой холодной и горячей воды, утилизационной системой, а также средствами для мытья рук.	II
28. Медицинские отходы. Организация обеспечивает безопасное обращение с отходами		
1)	В медицинской организации внедряется процедура по безопасному обращению с медицинскими отходами, включая обращение с острыми, колющими и режущими медицинскими изделиями, классификация всех отходов, образуемых в медицинской организации, а также их своевременная утилизация	I
2)	Помещение для централизованного сбора медицинских отходов соответствует требованиям законодательства Республики Казахстан ***	I
3)	Отходы утилизируются безопасным образом в соответствии с законодательством Республики Казахстан *** Острые, колющие и режущие медицинские отходы и предметы утилизируются в специальные водонепроницаемые и не прокалываемые одноразовые емкости в соответствии с законодательство Республики Казахстан	I
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. Жидкие биологические медицинские отходы после обезвреживания химическими методами (дезинфекции) сливаются в систему водоотведения	I
5)	Медицинский персонал обучается процедурам по обращению с медицинскими отходами регламентированных законодательством Республики Казахстан и соблюдает их на практике **	I

Параграф 2. Безопасность здания

	29. Комиссия по безопасности зданий. В медицинской организации внедряется Программа по безопасности зданий, выполнение которой координирует Комиссия по безопасности зданий	
1)	Создается и работает Комиссия по безопасности зданий, которая координирует действия по поддержанию безопасности зданий и окружающей среды **	III
2)	Программа по безопасности зданий разрабатывается и осуществляется на основе законодательства Республики Казахстан и включает разделы: безопасность окружающей среды и система охраны, пожарная безопасность, готовность к чрезвычайным ситуациям, обращение с опасными материалами, медицинское оборудование, коммунальные (инженерные) системы *	III
3)	Руководством медицинской организации определены и исполняются ключевые мероприятия по улучшению безопасности зданий. Ключевые мероприятия по улучшению безопасности зданий пересматриваются и определяются ежегодно	III
4)	Ежеквартально руководитель медицинской организации получает отчет от Комиссии по безопасности здания или лица, ответственного за выполнение Программы по безопасности зданий, с указанием проведенных ключевых работ и существующих проблем (рисков) безопасности зданий и окружающей среды **	II
5)	Руководитель медицинской организации раз в полгода направляет отчет в Орган управления медицинской организации о выполнении Программы по безопасности зданий с указанием проведенных ключевых работ и существующих проблем (рисков) безопасности зданий и окружающей среды. В случае, если Орган управления и руководитель медицинской организации являются одним лицом, то отчет предоставляет Комиссия по безопасности здания или лицо, ответственное за выполнение Программы по безопасности зданий **	II
30. Безопасность здания и окружающей среды. Здание и территория медицинской организации обеспечивают безопасное предоставление медицинских услуг		
1)	Состояние здания и территории медицинской организации соответствуют требованиям законодательства Республики Казахстан ***	I
2)	Комиссия по безопасности зданий ежеквартально инспектирует (тестирует) здания и помещения,	I

	инженерные системы и оборудование с последующим документированием результатов проведенной инспекции и дефектных актов. По результатам инспекций проводятся работы по исправлению	
3)	Инженерные системы, оборудование и прочие предметы регулярно обновляются и поддерживаются на безопасном уровне	III
4)	Как минимум в течение последних 5 лет здания и помещения проходят текущий и плановый ремонт или запланирован бюджет для прохождения текущего и планового ремонта с указанием срока освоения, составлением проектно-сметной документации	III
5)	При обнаружении значительных рисков для персонала, пациентов, посетителей или для окружающей среды, руководство медицинской организации предпринимает надлежащие действия по выделению средств, информированию заинтересованных сторон и снижению выявленных рисков	I
31. Охрана и защита. Обеспечивается охрана и защита здания и территории медицинской организации		
1)	Медицинский персонал, внештатные и контрактные работники, студенты, слушатели резидентуры, лица, обучающиеся на базе медицинской организации, идентифицируются в соответствии с процедурами медицинской организации (смотреть подпункт 1) пункта 26 настоящего Стандарта)	III
2)	Сотрудниками охранной службы проводится мониторинг (видеонаблюдение и обход) здания и территории с целью охраны и защиты	II
3)	Документируется обход (инспекция) здания и передача дежурств между сотрудниками охранной службы **	III
4)	Ограничиваются вход посторонних лиц в помещение и режимные отделения (зоны контроля инженерных, коммунальных систем)	I
5)	Сотрудники охранной службы обучаются действиям при чрезвычайных ситуациях (при кодах по безопасности), а также оказанию первой помощи **	II
32. Пожарная безопасность. Внедряется программа по снижению пожарного риска и задымления *		
1)	Функционирует система раннего выявления пожара, в наличии исправные средства для пожаротушения, которые регулярно инспектируются и при необходимости обновляются	II
2)	Инспекция, тестирование и поддержание средств и систем для раннего выявления и тушения пожара документируются **	I
3)	Для безопасной эвакуации из здания при пожаре и других чрезвычайных ситуациях пути эвакуации поддерживаются в свободном состоянии. В наличии имеются информационные и указательные знаки (указатели выхода, размещения пожарного инвентаря и гидрантов), схемы эвакуации, с указанием знака, где расположена схема эвакуации на карте эвакуации (знак «Вы здесь», который может быть наклеен или обозначен ответственным персоналом на схему эвакуации)	II
4)	Персонал демонстрирует знания по соблюдению алгоритмов действий при пожаре, включая использование огнетушителей, эвакуации, правила по использованию пожарных гидрантов, правила отключения кислорода	II
5)	С персоналом медицинской организации ежегодно проводятся практические учения по действиям при пожаре и задымлении **	II
33. Другие чрезвычайные ситуации. Внедряется программа по снижению риска прочих чрезвычайных ситуаций *		
1)	Медицинская организация определяет значимый (значимые) вид (виды) чрезвычайной ситуации, которая может произойти в или на территории медицинской организации и определяет степень готовности к данной чрезвычайной ситуации **	III
2)	На основе степени готовности к чрезвычайным ситуациям в годовом плане мероприятий определяются приоритетные направления работы **	III
3)	Выделяются ресурсы для улучшения готовности организации к чрезвычайным ситуациям	III
4)	В медицинской организации разрабатывается план действий при чрезвычайной (чрезвычайных) ситуации (ситуациях), которая может произойти на территории организации или в ее регионе (например, землетрясение, наводнение, ураганы, пожары, производственный травматизм в предприятии обслуживаемой медицинской организацией). Раз в год проходят практические учения согласно плану действий при чрезвычайной ситуации **	III
5)	По окончании практических учений по действиям при чрезвычайных ситуациях, проводится анализ результатов проведенного обучения с разработкой плана мероприятий по улучшению несоответствий и поддержке непрерывного улучшения **	II
34. Опасные материалы и отходы. Обращение с опасными материалами и отходами осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан, обеспечивается безопасность людей и окружающей среды ***		
1)	Определяется список всех опасных материалов и отходов (включая огнеопасные материалы) медицинской организации с указанием названий (состава), мер предосторожности и мер первой	II

	помощи при аварийных ситуациях, мест хранения, максимально допустимого объема хранения и применимых для маркировки предупреждающих знаков	
2)	Прописываются требования к обращению с опасными материалами, включая их маркировку, хранение, ношение защитных средств при работе, транспортировке, утилизации *	II
3)	Все опасные материалы и отходы маркируются с указанием названия (состава), срока годности и применимых предупреждающих знаков	II
4)	В местах применения опасных материалов имеется доступная информация по мерам предосторожности и алгоритмам оказания первой медицинской помощи	I
5)	Медицинский персонал обучается действиям при разлинии опасного материала, включая быстрый сбор (обеззараживание) и сообщение об инциденте ответственным должностным лицам	I
35.	Медицинское оборудование. Безопасность медицинского оборудования обеспечивается путем тестирования, калибровки, поддержания в рабочем состоянии и обучения персонала	
1)	Холодильные устройства (включая холодильные камеры), используемые в организации, оснащены приборами для контроля температуры (электронными приборами или термометрами	III
2)	Приборы для контроля температуры калибруются и проверяются минимум один раз в год	III
3)	Проводится и документируется профилактическое обслуживание, тестирование, калибровка, поддержание, ремонт медицинского оборудования: профилактическое обслуживание каждой единицы оборудования проводится с частотой согласно инструкции производителя или чаще; частота профилактического обслуживания прописана в документах медицинской организации; график профилактического обслуживания оборудования составляется ежегодно; определяется список и ведется учет всего медицинского оборудования **	I
4)	Проводится обучение персонала, работающего с оборудованием безопасной работе с медицинским оборудованием. Обученный и компетентный персонал допускается к работе с медицинским оборудованием **	III
5)	Установлен и исполняется персоналом четкий алгоритм оповещения руководства о поломке или неисправности оборудования. Заключены договора на ремонт медицинского оборудования **	I
36.	Коммунальные системы. Коммунальные и инженерные системы в медицинской организации соответствуют требованиям законодательства Республики Казахстан ***	
1)	Руководством медицинской организации определяется и исполняется порядок и частота инспекций, тестирования и поддержания коммунальных и инженерных систем *	III
2)	Функционирование коммунальных и инженерных систем контролируется, поддерживается и улучшается**	III
3)	Ответственными лицами медицинской организации проводится мониторинг системы вентиляции с документированием результатов проведенного мониторинга Раз в год проводится полная очистка системы кондиционирования у всех кондиционеров	III
4)	Для предупреждения пылевого загрязнения в системе вентиляции устанавливаются фильтры, которые меняются с частотой согласно рекомендации производителя В случае если применение фильтров в системе вентиляции не применимо, то установлены и проверяются на периодической основе защитные сетки Фильтры кондиционеров меняются или очищаются согласно рекомендациям производителя	III
5)	Коммунальные и инженерные системы, регулирующие и отвечающие за общее обеспечение, маркируются для облегчения частичного или полного отключения при чрезвычайных ситуациях	I
37.	Вода и электричество. В медицинской организации обеспечивается непрерывный доступ к воде и электричеству, включая их альтернативные источники	
1)	В медицинской организации питьевая вода и электричество являются доступными круглосуточно в любое время года	III
2)	В медицинской организации определяются зоны и услуги, для которых наиболее важно электроснабжение из альтернативного источника. Обеспечен доступ и (или) подключение альтернативного источника электроснабжения к выбранным зонам и услугам **	III
3)	Альтернативные источники электроснабжения тестируются ежеквартально, имеется необходимый запас топлива для выработки электричества из альтернативного источника **	III
4)	Имеется договор об обеспечении организации привозной водой в случае отключения водоснабжения. Разработаны алгоритмы доставки привозной воды в места пользования ** Если альтернативным источником водоснабжения служит скважина, то микробиологическое и биохимическое качество воды подтверждается раз в полгода, с заключением эпидемиолога о	II

	применимости воды в качестве альтернативного источника водоснабжения	
5)	Система очистки воды, используемая в отделении (центре) диализа, соответствует стандарту организации оказания нефрологической помощи населению Республики Казахстан ***	III

Параграф 3. Безопасность лекарственных средств и медицинских изделий

38. Управление лекарственными средствами и медицинскими изделиями. В медицинской организации обеспечивается безопасное обращение с лекарственными средствами и медицинскими изделиями в организации		
1)	Обращение с лекарственными средствами и медицинскими изделиями осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
2)	Ежегодно проводится анализ системы управления оборотом лекарственных средств и медицинских изделий, включающий: планирование и закуп; хранение; врачебные назначения; приготовление или разведение; введение лекарственных средств пациенту; мониторинг лечебного эффекта **	II
3)	Проводится анализ системы управления лекарственными средствами и медицинскими изделиями, включающий оценку рисков (выявление проблем или зон высокого риска, связанных с использованием лекарственных средств) **	II
4)	Разрабатываются и исполняются процедуры, описывающие каждый этап управления лекарственными средствами и медицинскими изделиями: планирование и закуп; хранение; врачебные назначения; приготовление или разведение; введение лекарственных средств пациенту; мониторинг эффекта лекарственных средств *	I
5)	Создается и функционирует формулярная комиссия, рассматривающая вопросы управления лекарственными средствами и медицинскими изделиями, включая утверждение формулярного списка **	I
39. Хранение лекарственных средств и медицинских изделий. Лекарственные средства и медицинские изделия хранятся безопасно и надлежащим образом		
1)	Все лекарственные средства и медицинские изделия хранятся с указанием названия (содержания), установленными сроками годности. В помещениях хранения лекарственные средства хранятся раздельно: по фармакологическим группам; в зависимости от способа применения (внутреннее, наружное); в зависимости от агрегатного состояния; в соответствии с физико-химическими свойствами и влиянием различных факторов внешней среды.	II
2)	Лекарственные средства и медицинские изделия хранятся с соблюдением температурного режима, влажности и прочих условий, в соответствии с требованиями к их хранению	II
3)	Наркотические и другие лекарственные средства, подлежащие строгому учету и контролю, хранятся в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
4)	Внутренние правила медицинской организации и их исполнение обеспечивают сохранность лекарственных средств и медицинских изделий от утери и кражи	II
5)	Персоналом аптеки проводится контроль всех мест хранения лекарственных средств и медицинских изделий в медицинской организации для обеспечения хранения лекарственных средств в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан **	I

Глава 4. Лечение и уход за пациентом

Параграф 1. Безопасность пациента

40. Международные цели по безопасности пациента (далее – МЦБП)		
1)	Руководством медицинской организации утверждается и исполняется стандартная операционная процедура (далее – СОП) идентификации пациента, описывающая процесс идентификации пациента с применением не менее двух идентификаторов пациента. Например, в качестве первого идентификатора может быть использовано имя и фамилия пациента, а в качестве второго полная дата рождения. СОП также описывает процедуру идентификации нескольких людей без сознания и без документов *	I

2)	Устные назначения лекарственных средств пациенту передаются согласно СОП приема и передачи информации устно, с внесением в медицинскую карту или сопроводительный лист *	I
3)	Разрабатывается и исполняется СОП, описывающая обращение с лекарственными средствами высокого риска, концентрированными электролитами, описывающая обращение с лекарственными средствами со схожим названием и схожей упаковкой. Процедура включает: маркировку лекарственных средств со схожим названием и схожей упаковкой; запрет на хранение лекарственных средств на одной полке или рядом, если у них созвучны названия или схожий внешний вид; назначение и применение – если есть особенности; список лекарственных средств со схожим названием и схожей упаковкой*	I
4)	Разрабатываются и исполняются основанные на доказательной базе (литературе) процедуры, описывающие виды и этапы мытья рук (обработки рук), а также показания для обработки рук *	I
5)	Выполняются действия по профилактике падений, включая сопровождение пациентов с высоким риском падения и другие действия, определенные в правилах медицинской организации	I

Параграф 2. Права пациента

41. Доступ к медицинской помощи для лиц с ограниченными возможностями. Доступ к медицинской помощи облегчается для лиц с ограниченными возможностями		
1)	Вход в здание оборудованы путями и пандусами, доступные для людей с ограниченными возможностями в соответствии с законодательством Республики Казахстан *** и распоряжениями местных исполнительных органов. Туалеты для пациентов с ограниченными возможностями, палаты и другие места, определенные руководством медицинской организации, имеют кнопки вызова или другие средства вызова помощи со стороны медицинского персонала. Вход в здание и туалеты для пациентов с ограниченными возможностями оборудованы поручнями и перилами	II
2)	Для лиц с ограниченными возможностями являются доступными инвалидные кресла, костили, трости. Исполняются процедуры по обеспечению сопровождения лиц с ограниченными возможностями	II
3)	При обращении пациентов с коммуникативными проблемами (языковой барьера, глухонемых) медицинская организация предпринимает все необходимые меры для обеспечения их надлежащей медицинской помощью	I
4)	Здание медицинской организации и прилегающая к ней территория оборудованы необходимыми информационными и указательными знаками	I
5)	Функционирует система охраны и материальной ответственности должностных лиц медицинской организации, обеспечивающих защиту имущества пациентов от кражи и утери	I
42. Процедуры по правам пациента. Медицинская организация разрабатывает и внедряет процедуры, направленные на соблюдение прав пациента в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***		
1)	Медицинская организация разрабатывает и внедряет процедуры, направленные на соблюдение прав пациента и включает в этот процесс пациентов и их законных представителей **	I
2)	Информация о правах пациента и их законных представителях размещена на государственном и русском языках в соответствии с законодательством Республики Казахстан **	II
3)	Пациенты информируются о своих правах и солидарной ответственности за свое здоровье, которая включает информирование врача о предыдущих заболеваниях, лечении, обследованиях, а также необходимость следования рекомендациям медицинского персонала	II
4)	Медицинская организация соблюдает права пациентов по предоставлению их законным представителям информации относительно их лечения в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации *	I
5)	Весь персонал осведомлен о правах пациента и их законных представителей	II
43. Приватность и конфиденциальность информации. Соблюдаются права пациента на неприкосновенность частной жизни (приватность), конфиденциальность информации, достойное и уважительное отношение к пациенту		
1)	Медицинская организация обеспечивает приватность пациента в процессе предоставления услуги	I
2)	Конфиденциальность информации о пациенте сохраняется в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан ***	I
3)	Медицинский персонал организации определяет потребности пациентов в приватности и конфиденциальности в процессе лечения и предоставления ухода	II

4)	Медицинский персонал осведомлен о законодательстве Республики Казахстан, регулирующий конфиденциальность информации	I
5)	Медицинский персонал проявляет уважительное отношение к пациенту на всех этапах лечения	II
44.	Обращения пациентов и их законных представителей. Обращения пациентов и их законных представителей принимаются и рассматриваются своевременно и объективно	
1)	В организации существует и используется процесс приема обращений от пациентов и их законных представителей относительно нарушения прав пациента **	II
2)	Руководством медицинской организации утверждаются процедуры по процессу сбора, приоритезации и рассмотрения обращений пациентов и их законных представителей в соответствии с законодательством Республики Казахстан *	II
3)	Обращения пациентов и их законных представителей рассматриваются своевременно и объективно в течение периода времени, определенного законодательством Республики Казахстан ***	II
4)	Персоналом службы поддержки пациента и контроля качества проводится сбор, обработка, анализ и мониторинг обращений в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации. Результаты анализа используются для повышения качества медицинских услуг	I
5)	Результаты анализа обращений используются для повышения качества медицинских услуг организации здравоохранения	II

Параграф 3. Основы клинического ухода

45.	Пациенты группы риска. Медицинская организация определяет пациентов группы риска и процедуры высокого риска (процедуры, которые имеют высокую вероятность причинения вреда жизни или здоровью пациента и требуют повышенного внимания со стороны медицинского персонала и пациента)	
1)	Руководством медицинской организации определяются пациенты группы риска, которые по причине своего состояния, возрастных или физических особенностей не способны выражать свое мнение, либо существует риск резкого ухудшения состояния их здоровья за короткий промежуток времени	II
2)	Внедряются процедуры, описывающие особенности осмотра, лечения, ухода, обращения с пациентами группы риска *	III
3)	Форма осмотра пациента по необходимости дополняется информацией, важной для пациентов группы риска (модификация формы осмотра)	III
4)	При выявлении жертв насилия организация контактирует с заинтересованными социальными, правоохранительными органами и иными организациями	III
5)	В медицинской организации утвержден перечень процедур высокой степени риска *	I
46.	Услуги экстренной медицинской помощи являются доступными по всей организации *	
1)	На территории медицинской организации являются доступными услуги реанимации (оказание базовой сердечно-легочной реанимации)	II
2)	Стандартизованный набор лекарственных средств, медицинских изделий и оборудования для оказания базовой сердечно-легочной реанимации поддерживается в постоянной готовности	II
3)	Медицинской организацией внедряются процедуры, описывающие порядок оказания базовой сердечно-легочной реанимации	I
4)	Медицинской организацией определяются лица, ответственные за проведение базовой сердечно-легочной реанимации	I
5)	Медицинский персонал организации здравоохранения обучается оказанию базовой сердечно-легочной реанимации	I

Параграф 5. Служба лучевой диагностики

47.	Организация службы лучевой диагностики. Услуги лучевой диагностики удовлетворяют нужды пациентов и соответствуют законодательству Республики Казахстан ***	
1)	Руководством медицинской организации определяется квалифицированное лицо, осуществляющее контроль лучевой диагностики, оказываемой пациентам медицинской организации	III
2)	Квалифицированные лица проводят радиологические, ультразвуковые и другие виды исследований лучевой диагностики	III
3)	Квалифицированные лица интерпретируют радиологические, ультразвуковые и другие виды исследований лучевой диагностики	III

4)	Оказываемые услуги лучевой диагностики подтверждаются государственными лицензиями согласно законодательству Республики Казахстан ***	II
5)	Услуги лучевой диагностики, оказываемые субподрядными организациями, прописываются в договоре. В соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации данные услуги мониторируются (например, современность, корректность заключений или другие показатели) **	I
48. Радиационная безопасность. Внедряется и выполняется программа радиационной безопасности, взаимосвязанная с инфекционным контролем и безопасностью здания *		
1)	Персонал отделения лучевой диагностики защищается от радиации через ношение рентген-защитной одежды, использование защитных устройств, ношение индивидуальных дозиметров	II
2)	Персонал радиологической службы обучается основам радиационной безопасности при трудуоустройстве, в плановом порядке раз в год, при инцидентах, связанных с радиационным оборудованием, при получении нового оборудования и по мере необходимости **	I
3)	Проводится проверка защитных свойств всей рентген-защитной одежды каждые два года **	I
4)	Проводятся замеры мощности дозы излучения на рабочих местах персонала ответственных за оказание лучевой диагностики, в помещениях и на территории, смежных с процедурной рентген кабинета и кабинета компьютерной томографии один раз в год	II
5)	Контроль индивидуальных дозиметров проводится ежеквартально **	II
49. Радиологическое оборудование и безопасность. Радиологическое оборудование поддерживается в рабочем состоянии, обеспечивается безопасность пациентов и среды		
1)	Все оборудование по лучевой диагностике (рентген, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование) инспектируется, поддерживается и калибруется. Действия по инспектированию, поддержке и калибровке оборудования по лучевой диагностике документируются **	II
2)	В медицинской организации имеется договоров со специализированными организациями по обслуживанию оборудования который исполняется, либо в штате имеется специалист по обслуживанию лучевого оборудования, имеющего необходимую квалификацию по ремонту и обслуживанию радиологического оборудования	II
3)	Инциденты, связанные с безопасностью или несоблюдением радиационной безопасности, сообщаются и по результатам работы с инцидентами принимаются корректирующие меры.	III
4)	Ведется список всего оборудования по лучевой диагностике с указанием даты последней поверки или технического осмотра	III
5)	Ежегодно лицо, осуществляющее контроль радиационной безопасности, выступает с отчетом по радиационной безопасности на заседании Комиссии по безопасности здания	II
50. Контроль качества в радиологии. Проводится внутренний и внешний контроль качества радиологических исследований		
1)	Проводится процесс внутреннего контроля качества радиологических исследований выполняемый автоматически (не требует документации) или вручную **	II
2)	Ежегодно проводится внешний контроль качества путем выборочной перепроверки заключения внешним экспертом («второе чтение», «повторный пересмотр рентгенограмм», «пересмотр диска») **	II
3)	Существует список внешних экспертов с контактными данными, к которым обращается организация при сомнительном, сложном случае («второе чтение») **	II
4)	Знания, квалификация внешних экспертов подтверждается документально	II
5)	При неудовлетворительных данных контроля качества принимаются меры по улучшению работы в радиологии	II

Стандарт или критерий, требующий, чтобы были прописаны внутренние процедуры (внутренний нормативный документ), обозначается знаком *

Стандарт или критерий, требующий, чтобы был любой другой подтверждающий документ, обозначается знаком ** (Например, список участников лекции, план работы, журнал учета).

Стандарт или критерий, основанный на нормативных правовых актах и правовых актах Республики Казахстан, обозначается знаком ***