

Стандарты аккредитации медицинских организаций, оказывающих стоматологическую помощь

Глава 1. Руководство

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
1. Орган управления медицинской организации. Функции Органа управления (Наблюдательный Совет, Совет директоров, учредитель (учредители)) регламентированы и обеспечивают его участие в управлении медицинской организацией		
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.	II
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) **.	III
2. Стратегическое и операционное планирование. Руководители медицинской организации осуществляют деятельность медицинской организации на основе установленных планов и задач		
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 **.	III
3)	Годовой план учитывает мероприятия клинических служб, финансовые планы, идентифицированные риски.	III
4)	Ответственным лицом проводится свод и мониторинг исполнения мероприятий годового плана как минимум на ежеквартальной основе с последующим предоставлением руководству организации.	III
5)	Руководители структурных подразделений как минимум ежеквартально отчитываются ответственному лицу о выполнении поставленных задач и достижении желаемых результатов по индикаторам годового плана **.	II
3. Организационная структура. Организационная структура представлена в виде схемы и обеспечивает необходимые позиции для реализации миссии медицинской 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.	II
3)	В организационной структуре указывается позиция, осуществляющая контроль сестринского ухода.	I
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.	I
5)	В организационной структуре указывается позиция, осуществляющая контроль эффективного управления финансовыми ресурсами, включая планирование, мониторинг и контроль.	III

4. Этический кодекс. Определяются и соблюдаются этические нормы организации

1)	В медицинской организации определяются этические нормы, регламентирующие правила поведения персонала при оказании медицинских услуг пациенту, а также при взаимодействии внутри коллектива.	III
2)	В медицинской организации создана Этическая комиссия для рассмотрения этических вопросов, возникающих при оказании медицинской помощи, включая конфликтные решения, связанные с прекращением лечения, обоснованные жалобы, связанные с нарушением этического кодекса и норм медицинской организации **. При рассмотрении конфликтных решений, связанных с лечением, Этическая комиссия включает специалистов из соответствующих и смежных областей медицины, если они изначально не включены в состав Этической комиссии, а также пациента и (или) его представителя.	III
3)	В медицинской организации внедрены процессы выявления, своевременного анализа и принятия мер по этическим вопросам, включающие взаимодействие в коллективе (такие случаи как насилие, домогательства, травля), (смотреть подпункты 1), 3) пункта 5 настоящего Стандарта), другие ситуации в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан ***. Этическая комиссия или иная комиссия принимает участие в разборе вышеупомянутых случаев **.	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 бездействия в ответ на инциденты (оказание давления, домогательства, преследование).	II
5)	Процедуры анализа и принятия мер по этическим вопросам проводятся в рамках установленных сроков **.	III

5. Культура безопасности (некарательная 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 некарательной системе,	I
----	--	---

	обеспечивающей заполнение и регистрацию инцидентов без риска быть наказанным, а также знает определения: «потенциальная ошибка», «ошибка», «экстремальное событие».	
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 процедурами, утвержденными в медицинской организации *.	I
4)	В медицинской организации определены лица (лицо), ответственные за мониторинг и управление инцидентами, включая контроль по изучению первопричин инцидента, а также обучение персонала управлению инцидентами.	II
5)	Исполняется механизм изучения инцидентов, обеспечивающий идентификацию первопричин инцидента и их системное решение в целях улучшения качества процессов и услуг, включая коммуникацию со стороной, пострадавшей в ходе инцидента **.	I
6. Индикаторы и план по улучшению качества. Реализуются мероприятия по мониторингу индикаторов качества и исполнения плана по непрерывному улучшению качества		
1)	Медицинская организация контролирует исполнение индикаторов внутренней деятельности согласно национальному законодательству Республики Казахстан (далее – индикаторы внутренней экспертизы), а также индикаторов повышения качества, требуемых стандартами аккредитации (индикаторы системы инфекционного контроля, системы управления лекарственными средствами, безопасности пациентов, далее – индикаторы аккредитации). Показатели по достижению индикаторов внутренней экспертизы и индикаторов аккредитации включаются в квартальные отчеты медицинской организации об основной деятельности **.	I
2)	Индикаторы внутренней экспертизы и индикаторы аккредитации измеримы: разрабатываются формулы расчета (с определенным числителем и знаменателем, если применимо), определяются желаемые пороговые значения; проводится сбор данных и анализ индикаторов **.	II
3)	Руководством медицинской организации определены приоритетные индикаторы из числа индикаторов внутренней экспертизы и индикаторов аккредитации, соблюдение и достижение пороговых значений которых первостепенно для медицинской организации. Для достижения пороговых значений и задач приоритетных индикаторов, а также других мероприятий по улучшению качества, определенных руководством, медицинская организация разрабатывает план по непрерывному улучшению качества.	I
4)	План по непрерывному улучшению качества отражает: наименование мероприятия (мероприятий) по улучшению; цель мероприятия (мероприятий); необходимые действия по достижению цели; ответственных лиц; временные рамки. План по улучшению качества является отдельным документом либо частью операционного плана, который обновляется и дополняется на постоянной основе и доводится до сведения заинтересованных сторон (лиц, задействованных и (или) заинтересованных в реализации мероприятия (мероприятий) плана).	I
5)	Бюджет медицинской организации учитывает расходы, необходимые для реализаций плана мероприятий по непрерывному улучшению качества медицинских услуг и мероприятий по управлению рисками.	II
7. Управление качеством. В медицинской организации реализуются мероприятия по контролю качества		

1)	Руководством медицинской организации совместно с руководителями структурных подразделений и персоналом применяются инструменты улучшения качества (например, «цикл PDCA», «диаграмма Исикавы» и другие инструменты) в мероприятиях по непрерывному улучшению качества.	II
2)	В документе по непрерывному улучшению качества медицинских услуг дается определение термина «экстремальное событие». Экстремальное событие подлежит обязательному расследованию, и о его результатах информируются руководство медицинской организации, заинтересованные стороны, а также высшее руководство медицинской организации (в квартальном отчете, с указанием принятых мер) **.	III
3)	Проводится анкетирование удовлетворенности пациентов или опыта пациента. Результаты анкетирования учитываются при разработке мер по повышению качества медицинских услуг *. Анкетирование опыта пациента подразумевает получение от пациента объективных ответов на вопросы по соблюдению персоналом действий, регламентированных правилами медицинской организации и стандартами аккредитации (например, объяснили ли вам содержание специального информированного согласия, задавали ли вам вопрос, когда вы падали в последний раз, действие назначенного лекарственного средства, обрабатывал ли врач руки перед осмотром).	II
4)	На заседаниях соответствующих комиссий проводится разбор сложных клинических случаев, результаты которого применяются для улучшения клинической деятельности.	II
5)	Проводится клинический аудит медицинских карт стоматологического пациента на предмет соблюдения протоколов диагностики и лечения, а также требований стандартов аккредитации. Методология клинического аудита определена в правилах медицинской организации, результаты клинического аудита используются при разработке мер по повышению качества медицинских услуг *.	I
8. Управление рисками. Руководство медицинской организации обеспечивает внедрение программы по управлению рисками		
1)	Медицинская организация имеет утвержденную и исполняемую программу по управлению рисками, 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; ответственные за управление риском, 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 с заинтересованными сторонами о рисках; ответственность персонала в реализации программы по управлению рисками *.	II
2)	Реестр рисков и (или) план управления рисками учитывает клинические риски, связанные с оказанием медицинской помощи (например, идентификация и транспортировка биоматериалов), а также риски, связанные с предоставлением услуг высокого риска.	I

3)	Руководители структурных подразделений и персонал медицинской организации осведомлены о возможных неблагоприятных событиях, которые могут возникнуть вследствие клинических, техногенных и организационных особенностей рабочих процессов (далее – риски) в своих подразделениях.	I
4)	Медицинская организация проводит непрерывную оценку рисков. Источники информации о рисках: инциденты (потенциальные ошибки, ошибки, экстремальные события), медицинский персонал, наблюдения, обзор документации, пациенты и их законные представители **.	II
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) **.	II
9. Клинические протоколы. Руководители медицинской организации обеспечивают применение и внедрение медицинским персоналом клинических протоколов		
1)	В медицинской организации определены ответственные лица по контролю применения клинических протоколов диагностики и лечения (далее – клинические протоколы).	II
2)	Проводится клинический аудит путем ретроспективного и (или) текущего анализа медицинских карт стоматологического пациента на предмет их соответствия требованиям клинических протоколов, основанных на доказательной медицине, а также требований стандартов аккредитации (смотреть параграфы 1 и 3 главы 3, параграф 1 главы 4 настоящего Стандарта). Мероприятия по мониторингу, контролю и внедрению клинических протоколов осуществляются в рамках плановых мероприятий внутренней экспертизы.	I
3)	Результаты клинического аудита медицинских карт стоматологического пациента применяются для обратной связи с медицинским персоналом, обучения персонала и других мероприятий для повышения качества медицинских услуг в соответствии с процедурами, утвержденными в медицинской организации.	I
4)	Первый руководитель медицинской организации информируется о результатах клинического аудита медицинских карт стоматологического пациента как минимум на ежеквартальной основе.	II
5)	Персоналу доступны клинические протоколы на рабочих местах в электронном или бумажном виде. Существует механизм оповещения персонала о новых или измененных клинических протоколах.	II
10. Работа с населением. Медицинская организация открыта перед пациентами в вопросах обратной связи и способствует доступности оказываемых медицинских услуг для населения		
1)	Официальный сайт медицинской организации 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 **.	I
2)	На сайте указана актуальная информация по графику врачей и рабочему времени самой медицинской организации **.	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 жизни и профилактике заболеваний **.	II
5)	Медицинская организация своевременно публикует новостные мероприятия на официальном сайте.	III

Глава 2. Управление ресурсами

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
11. 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 (смотреть пункт 2 настоящего Стандарта).	III
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 (смотреть подпункт 4) пункта 26, подпункт 3) пункта 39, подпункт 3) пункта 56 настоящего Стандарта).	I
4)	При оплате труда персонала медицинской организации на основе дифференцированной 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 Казахстан ***. В случае отсутствия государственного аудита в частных организациях, проводится внешний финансовый аудит.	I
12. Ресурсы для управления информацией. Создаются надлежащие условия для обеспечения кибербезопасности, защиты данных пациентов и безопасного использования медицинских информационных систем.		
1)	В медицинской организации имеется достаточное количество технических средств и есть надежный доступ к сети интернет, обеспечивающие потребности сотрудников при работе с медицинской и административной информацией.	II
2)	Медицинская организация применяет лицензионное программное обеспечение для обработки и хранения медицинских данных, соответствующее требованиям законодательства республики Казахстан.	II
3)	Руководство медицинской организации обеспечивает доступ сотрудников к защищенной сети с использованием сертифицированных технологий шифрования и многофакторной аутентификации.	II
4)	Медицинская организация реализует протоколы (процессы) управления доступом, включающие контроль за безопасностью рабочих станций, защиту сетевых подключений и мониторинг использования периферийных устройств.	II
5)	В помещении архива обеспечивается безопасное хранение документации: защита от пожара и неавторизованного доступа. Документация хранится стандартизировано с возможностью идентификации периода или структурного подразделения, к которому относится документ.	II
13. Защита информации и кибербезопасность. Руководство и сотрудники обеспечивают конфиденциальность, безопасность и целостность данных о здоровье пациента (медицинских данных).		
1)	В медицинской организации разработана и утверждена политика информационной безопасности, регламентирующая защиту персональных данных и их конфиденциальность; использование медицинских информационных систем; сроки хранения и порядок уничтожения устаревших медицинских и немедицинских документов в электронном и в бумажном формате; а также порядок управления инцидентами, связанными с кибербезопасностью.*	II
2)	В медицинской организации определены уровни доступа персонала к медицинским данным на основе их должностных обязанностей. Доступ к информационным системам на практике осуществляется через персональный логин и пароль сотрудника и многофакторную аутентификацию.	II

3)	Медицинская организация использует медицинские информационные системы (МИС) и ведет мониторинг информационной безопасности, включающий возможность узнать дату и время доступа к МИС, имя пользователя, осуществившего доступ, и описание выполненных действий. Мониторинг информационной безопасности включает**: - ведение журнала или списка инцидентов по информационной безопасности; - ежегодную проверку информационных систем на уязвимость, проверку доступа к медицинским данным; анализ инцидентов по информационной безопасности с указанием мер по их устранению.	II
4)	Руководство поддерживает осведомленность о кибербезопасности и цифровую грамотность персонала через обучение и информационные кампании. Обучение информационной безопасности, включает: - распознавание киберугроз и сообщение IT службе о подозрении на попытку взлома или фишинга; - работу с медицинскими информационными системами; - защиту данных пациентов (как обеспечить и чего нельзя допускать). Обучение проводится не реже одного раза в год **.	II
5)	По итогам обучения по кибербезопасности и вопросам цифровой грамотности проводится проверка знаний в виде тестирования или практических задач с выдачей сертификата об обучении для тех, кто прошел пороговый уровень проверки знаний.	III
14. Медицинская документация. Медицинская документация составляется своевременно и способствует преемственности медицинской помощи		
1)	В медицинских картах стоматологического пациента применяются формы медицинской документации согласно законодательству Республики Казахстан и лучшим мировым практикам в соответствии с требованиями стандартов аккредитации ***.	II
2)	Содержание медицинской карты стоматологического пациента стандартизируется в соответствии с процедурами, утвержденными в медицинской организации *.	II
3)	Все лечебно-диагностические назначения, проведенные диагностические мероприятия, медикаментозная терапия, включая иные лечебные мероприятия, своевременно документируются в медицинской карте стоматологического пациента.	II
4)	В медицинских картах стоматологического пациента используются аббревиатуры и символы из списка, утвержденного руководством медицинской организации. Записи в медицинских картах стоматологического пациента написаны и оформлены разборчиво *.	III
5)	Каждая запись имеет автора (подпись и/или имя и фамилия) с указанием даты и времени.	II
15. Внутренние правила и качество информации. Медицинская организация имеет систему разработки, утверждения и пересмотра внутренних планов, правил и процедур и обеспечивает высокое качество собираемой для анализа информации.		
1)	Организация имеет «правила о правилах»: порядок разработки, утверждения, и пересмотра внутренних планов, правил и процедур, регламентирующих ключевые направления клинической и административной работы *.	II
2)	Руководство организации обеспечивает доступность для персонала информации о процедурах, действующих в организации, в электронном и (или) печатном формате, и сотрудники обучены их содержанию.	III
3)	Проводится проверка достоверности (валидация) публикуемых и предоставляемых во внешние организации данных **.	III
4)	Свод данных по индикаторам для включения в квартальные отчеты для руководства осуществляется ответственным работником (смотреть пункт 6 и подпункт 1) пункта 2 настоящего Стандарта) **.	III
5)	Персонал, задействованный в оказании медицинских услуг, участвует в сборе данных по индикаторам.	III

16. 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 ***.	III
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 ***.	III
4)	На каждый вид должности, включая слушателей резидентуры, 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 **. Договор с внештатными работниками, совместителями и консультантами хранится в отделе кадров.	III
5)	Координация взаимодействия персонала структурных подразделений обеспечивается положениями о подразделениях (где указаны функции и услуги подразделений, а также подотчётность персонала), должностными инструкциями, правилами и процедурами организации.	III
17. 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 специалисты, привлекаемые на договорной основе, соответствуют квалификационным требованиям должностной инструкции к занимаемой должности. Оригинал подписанной персоналом должностной инструкции имеется в кадровой службе.	III
3)	Руководство медицинской организации создает условия для непрерывного обучения персонала медицинской организации (доступ в интернет, компьютеры, тренинговый класс, библиотека).	II
4)	В медицинской организации определяются потребности персонала в обучении. Обучение персонала планируется, составляется список сотрудников, требующих прохождения обучения и (или) повышения квалификации, и планируется необходимый бюджет **.	II
5)	Руководством разрабатываются и внедряются процедуры для мотивации персонала медицинской организации и укрепления корпоративного духа, проводится анкетирование персонала (смотреть подпункт 4) пункта 11 настоящего Стандарта).	II
18. Личное дело персонала. Руководством медицинской организации установлен процесс формирования, хранения и обновления личных дел сотрудников, а также специалистов, привлекаемых на договорной основе		
1)	Личные дела сотрудников медицинской организации, а также специалистов, привлекаемых на договорной основе, хранятся в соответствии с утвержденными внутренними процедурами медицинской организации. Содержание личных дел стандартизировано.	III

2)	Личные дела сотрудников, а также специалистов, привлекаемых на договорной основе и слушателей резидентуры, содержат сертификат специалиста (для врачей), сведения об образовании, трудовом стаже и квалификации	I
3)	Личное дело каждого медицинского работника, а также специалистов, привлекаемых на договорной основе, содержит 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 основе, содержит результаты оценки деятельности персонала, проводимые один раз в год.	II
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
19. Инструктаж. Медицинская организация проводит инструктаж каждого нового сотрудника, поступающего на работу, 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 ***.	II
2)	Все штатные сотрудники, работники, привлекаемые на договорной основе, лица, обучающиеся на базе медицинской организации, проходят инструктаж и обучение для ознакомления с медицинской организацией, со своими должностными обязанностями (для сотрудников) и основными требованиями по безопасности и инфекционному контролю**. Ответственность за инструктаж обучающихся на базе медицинской организации может быть возложена 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.	I
4)	Инструктаж персонала медицинской организации включает вопросы инфекционного контроля.	I
5)	Инструктаж персонала медицинской организации включает ознакомление с принципами культуры безопасности.	II
20. 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.	II
3)	При трудоустройстве проводится оценка навыков персонала параклинических структурных подразделений медицинской организации.	III
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 *.	II

	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.	
5)	В медицинской организации ежегодно проводится переоценка компетенций персонала, параклинических структурных подразделений и средних медицинских работников.	III
21. 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: 1) лечение и уход (врач оказывает эффективную и целесообразную медицинскую помощь); 2) клинические знания (врач владеет нужными знаниями, применяет эти знания в работе); 3) повышение квалификации (врач улучшает свою клиническую практику и знания); 4) личные качества и коммуникабельность (врач поддерживает профессиональные взаимоотношения с пациентами и коллегами); 5) этическая практика (врач относится к пациенту с состраданием, с равным уважением к пациентам из разных социальных и культурных слоев); 6) системное мышление (врач проявляет активность и гибкость в использовании нужных ресурсов); 7) бережливое отношение к ресурсам (врач целесообразно и своевременно назначает лекарственные средства, исследования, консультации).	III
2)	При оценке врачей, среднего медицинского персонала и других работников, перечень которых определен медицинской организацией, учитываются установленные показатели работы (индикаторы деятельности), и эти показатели содержатся в личных делах.	II
3)	Заполненная форма оценки персонала хранится в личном деле. Сотрудник организации ознакомлен с результатами оценки его работы.	III
4)	На основании результатов оценки определяется соответствие сотрудника занимаемой должности согласно требованиям законодательства Республики Казахстан ***.	III
5)	Проводится оценка профессиональных компетенций персонала (смотреть пункт 20 настоящего Стандарта).	II
22. 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, предотвращающие физические и технические причины травматизма (профилактика падений, 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	II

	сообщаются в уполномоченные органы и расследуются руководством медицинской организации в рамках разбора инцидента (смотреть пункт 5 настоящего Стандарта).	
3)	Медицинская организация проводит оценку безопасности рабочих мест в соответствии с законодательством Республики Казахстан и обеспечивает безопасные условия труда для предотвращения биологических и химических причин травматизма (вакцинация, алгоритмы безопасности при уколе иглой или стоматологическим инструментом, защита 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) *.	III
5)	Медицинская организация создает условия и проводит мероприятия для персонала по продвижению здорового образа жизни (спортивные мероприятия, мероприятия, направленные против табакокурения) **.	II
23. Контроль образовательного процесса студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации. Медицинская организация осуществляет контроль за обучением студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации в соответствии с утвержденными руководством медицинской организации процедурами		
1)	Руководством медицинской организации разрабатываются и осуществляются процедуры контроля студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации *. Персонал, ответственный за обучение студентов, ознакомлен с данными процедурами **.	III
2)	У кадровой службы имеется список ответственных лиц (из числа сотрудников кафедры и (или) преподавателей), ответственных за осуществление контроля образовательного процесса на базе медицинской организации **.	III
3)	Лица, ответственные за осуществление контроля образовательного процесса на базе медицинской организации, имеют списки обучающихся с подписями проведенного инструктажа по вопросам соблюдения конфиденциальности, инфекционной и пожарной безопасности **.	III
4)	Для студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации, определяется уровень самостоятельности в оказании медицинской помощи (что делать под наблюдением, а что самостоятельно), описанный в инструктаже **.	II
5)	Студенты, слушатели резидентуры, другие лица, обучающиеся на базе медицинской организации, проходят инструктаж с целью обеспечения безопасности пациентов (гигиена рук, применение средств индивидуальной защиты) **. Инструктаж проводится лицами, ответственными за осуществление контроля образовательного процесса на базе медицинской организации, или профильными специалистами (эпидемиолог, ответственный за безопасность здания).	II
24. Мониторинг договоров. Руководители медицинской организации контролируют качество предоставляемых по договору услуг и товаров		

1)	Руководителем медицинской организации определяются лица, ответственные за курацию 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 лицу, ответственному за курацию договоров (например, заведующий лабораторией дает оценку исполнения договора по полученным реагентам лицу, ответственному за курацию договоров) *.	I
3)	К каждому договору или технической спецификации к договору прописываются требования, а для договоров, влияющих на безопасность пациента, дополнительно определяются 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.	III
5)	Существует механизм подотчетности и коммуникации с внешними организациями или лицами, задействованными в оказании медицинских услуг пациентам, включая диагностические, лечебные, консультативные и другие услуги для координации и оценки оказываемых услуг.	III

Глава 3. Управление безопасностью

Параграф 1. Инфекционный контроль

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
25. 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, включающий 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, включающий достижимые и измеримые мероприятия в целях снижения рисков ИСМП, исполняется, показатели плана контролируются и в случае необходимости принимаются меры по улучшению.	I
3)	Медицинской организацией определены эпидемиологические риски и (или) риски ИСМП, а также план мероприятий по их устранению.	II
4)	В структуре медицинской организации определено квалифицированное лицо, отвечающее за курацию 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.	III
26. 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 ***.	I
2)	При разработке программы по инфекционному контролю учитываются рекомендации Всемирной организации здравоохранения или другие профессиональные признанные источники, основанные на доказательной медицине *.	II
3)	Информация о выявленных инфекционных заболеваниях своевременно предоставляется в территориальные департаменты государственного органа в сфере	III

	санитарно-эпидемиологического благополучия населения в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***.	
4)	Руководство предоставляет необходимые ресурсы для эффективного выполнения программы инфекционного контроля (смотреть подпункт 3) пункта 11, подпункт 2) пункта 27, подпункт 3) пункта 56).	I
5)	Разработаны и исполняются превентивные меры по сохранению здоровья персонала, включая вакцинацию, предотвращение укола иглой или стоматологическим инструментом, оперативные мероприятия в случае укола иглой или стоматологическим инструментом или попадание биологических жидкостей пациента на слизистые оболочки или в кровеносную систему медицинского работника.	II
27. Процедуры по инфекционному контролю. Процедуры инфекционного контроля обеспечивают защиту персонала и пациентов		
1)	В медицинской организации внедряются алгоритмы по стандартным мерам предосторожности, применению средств индивидуальной защиты, в том числе стоматологических защитных экранов и перчаток*. Средства индивидуальной защиты используются персоналом в соответствии с процедурами, утвержденными в медицинской организации.	II
2)	В медицинской организации в наличии имеется достаточное количество средств индивидуальной защиты и установленных антисептиков (смотреть подпункт 4) пункта 26 настоящего Стандарта).	II
3)	В местах обработки рук для персонала и пациентов установлены раковины с проточной холодной и горячей водой, мылом, антисептиками, салфетками или другими средствами для сушки рук (смотреть подпункт 4) пункта 26 настоящего Стандарта).	I
4)	Одноразовые медицинские изделия утилизируются (исключается повторное использование) после использования в соответствии с процедурами, утвержденными в организации, и с требованиями законодательства Республики Казахстан *.	III
5)	Для предотвращения инфицирования пациентов и персонала в результате ремонтно-строительных работ, осуществление ремонтных работ письменно согласуется с лицом, ответственным за инфекционный контроль в медицинской организации **.	III
28. 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 промаркированы с указанием наименования, концентрации и даты разведения. Дата разведения не превышает рекомендаций, указанных в инструкции к дезинфицирующему средству.	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 контролируется с применением химических и (или) биологических индикаторов **. Внедрен процесс идентификации стерильных и нестерильных 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
29. 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 *** (для медицинских организаций с количеством посещений более 50 в смену – вытяжная вентиляция с механическим побуждением, соблюдается температурный режим, установлена раковина с подводкой горячей и холодной воды, установка для обеззараживания воздуха, антисептик для рук, используются закрытые мусорные контейнеры для сбора пакетов с медицинскими отходами, стеллажи, весы).	II
3)	Медицинские отходы утилизируются безопасным образом в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***. Острые, колющие и режущие медицинские отходы и предметы утилизируются в специальные водонепроницаемые и непрокальваемые одноразовые емкости, заполняемые не более чем на три четверти объема, и по заполнению плотно закрываемые крышкой.	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, регламентированным законодательством Республики Казахстан, и соблюдает их на практике **.	II
30. Фильтр. В медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (далее – ПМСП) прикрепленному населению, обеспечены условия для разделения потоков пациентов, имеющих и не имеющих признаки заразных инфекционных заболеваний, согласно законодательству в области санитарно-эпидемиологических требований Республики Казахстан ***		
1)	В медицинских организациях, оказывающих ПМСП прикрепленному населению, организована «грязная» и «чистая» зоны, где фильтр относится к «грязной зоне», а все остальные помещения организации относятся к «чистой» зоне. Фильтр оборудован отдельным входом и (или) выходом.	I
2)	В организациях ПМСП обеспечивается использование санпропускников с разделением на 2 потока: 1) из «чистой» зоны в «грязную» при входе; 2) из «грязной зоны» в «чистую» при выходе; «чистая» зона включает раздевалку, комнату выдачи средств индивидуальной защиты (далее – СИЗ); «грязная» зона включает в себя комнату снятия и сбора СИЗ.	I
3)	Санпропускники, фильтры и изолятор оснащены в необходимом количестве СИЗ, средствами для мытья и обработки рук: антисептиками, мылом, средствами для сушки рук, раковиной с подводом горячей и холодной воды, мусорной урной, оснащенной педалью, а также визуальным знаком, информирующим персонал и посетителей о риске инфекционного заражения.	I

4)	Персонал медицинской организации осведомлён о процедурах и алгоритмах по изоляции инфекционных пациентов.	I
5)	После каждого пациента проводится заключительная дезинфекция рабочих поверхностей и помещений «грязной» зоны. Контаминированные СИЗ одноразового использования не дезинфицируются; утилизируются. Проводится кварцевание с последующим проветриванием помещений не менее 15 минут.	I
31. Обучение персонала по вопросам инфекционного контроля. Медицинская организация проводит непрерывное обучение персонала инфекционному контролю		
1)	Ежегодно весь персонал медицинской организации проходит обучение по вопросам инфекционного контроля **.	III
2)	При приеме нового сотрудника, ответственного за непосредственное обеспечение эпидемиологической и инфекционной безопасности (персонал, отвечающий за процессы стерилизации, стирки белья, утилизации медицинских отходов, персонал хирургического блока и медицинские сестры режимных кабинетов), сотрудник проходит инструктаж по вопросам инфекционного контроля и демонстрирует осведомленность в вопросах инфекционного контроля, входящих в зону его профессиональной ответственности.	II
3)	Дополнительное обучение по инфекционному контролю проводится для студентов, (в том числе стоматологических специальностей), слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации, и сотрудников аутсорсинговых компаний.	II
4)	Пациентам и их законным представителям доступна информация о правильной гигиене рук, этикете кашля и чихания и (или) других вопросах инфекционного контроля (например, на экранах телевизоров в холлах ожидания, буклетах, стендах и других средствах коммуникации).	III
5)	В случае ухудшения показателей индикаторов мониторинга инфекционного контроля, в медицинской организации проводится дополнительное обучение медицинского персонала по вопросам инфекционного контроля.	II
32. Готовность к эпидемиям и пандемиям. Медицинская организация, оказывающая ПМСП, готова к необходимым ответным действиям, обеспечивающим базовые принципы защиты населения и персонала при эпидемиях или пандемии		
1)	Медицинская организация имеет план перепрофилирования в случае возникновения эпидемий или пандемий (определение зон, подлежащих «грязной» и «чистой» зоне, определение зон санитарного пропускника, определение зон снятия и надевания СИЗ и другие мероприятия).	II
2)	Через официальный сайт медицинской организации обслуживаемое население и персонал имеют доступ к информации по использованию приложений или программ для удаленных консультаций пациентов медицинским персоналом (например программы, обеспечивающие видео-коммуникацию). Критерий оценивается при карантинных условиях во время эпидемий и пандемий.	II
3)	Ответственным лицом (лицами) проводится мониторинг соблюдения персоналом стандартных мер предосторожности и правильного применения СИЗ и при необходимости обеспечение механизмов их совершенствования. Проводится температурный мониторинг всех лиц, входящих в медицинскую организацию.	II
4)	Медицинская организация обучает пациентов правильному соблюдению гигиены рук, респираторному этикету, соблюдению физической дистанции и другим стандартным мерам предосторожности. Медицинская организация информирует пациентов и прикрепленное население о признаках инфекционного заболевания, являющегося причиной эпидемиологической вспышки. Критерий оценивается при карантинных условиях во время эпидемий и пандемий.	II
5)	Медицинская организация имеет необходимый запас СИЗ и средств для гигиены рук или имеет договор на их незамедлительную поставку в случае возникновения карантинных условий.	II

Параграф 2. Безопасность здания

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
33. 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 **.	II
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.	I
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 в Орган управления медицинской организации отчет 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, отчет предоставляет Комиссия по безопасности здания или лицо, ответственное за выполнение Программы по безопасности зданий **.	III
34. Безопасность здания и окружающей среды. Здание (я) и территория медицинской организации обеспечивают безопасное предоставление медицинских услуг		
1)	Состояние здания (й) и территории медицинской организации соответствуют требованиям законодательства Республики Казахстан ***.	I
2)	Комиссия по безопасности зданий ежеквартально инспектирует (тестирует) здания и помещения, инженерные системы и оборудование с последующим документированием результатов проведенной инспекции и дефектных актов. По результатам инспекций проводятся работы по исправлению.	III
3)	Инженерные системы, медицинское оборудование и прочие предметы инфраструктуры регулярно обновляются и поддерживаются на безопасном уровне.	III
4)	Как минимум в течение последних 5 лет здания и помещения проходят текущей и плановый ремонт или запланирован бюджет для прохождения текущего и планового ремонта с указанием срока освоения, составлением проектно-сметной документации.	I
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
35. Окружающая среда пациента. Окружающая среда пациента является безопасной и комфортной для его пребывания и получения медицинской помощи		
1)	Полы и напольные покрытия медицинской организации безопасны и не подвергают пациентов, посетителей и персонал риску падений и травм в результате падений.	II
2)	Стены и потолки в коридорах, помещениях, палатах, смотровых и процедурных кабинетах не имеют повреждений, пятен и дефектов, представляющих эпидемиологические риски, а также риски, связанные с износом конструкций здания.	II
3)	Медицинское белье и стоматологические кресла и кушетки способствуют комфортному и безопасному пребыванию пациентов.	II
4)	Туалеты и санитарные узлы обеспечивают приватное пребывание пациента и посетителей, укомплектованы и оборудованы средствами для гигиены.	II

5)	В зонах ожидания пациентов (общих коридорах) в организациях с более 150 посещений в смену присутствует приточно-вытяжная вентиляция с механическим побуждением, обеспечивающая оптимальные условия микроклимата и воздушной среды.	II
36. Охрана и защита. Обеспечивается охрана и защита здания и территории медицинской организации (смотреть подпункт 2) пункта 33 настоящего Стандарта) *		
1)	Медицинский персонал, внештатные и контрактные работники, слушатели резидентуры идентифицируются в соответствии с процедурами медицинской организации (смотреть подпункт 1) пункта 22 настоящего Стандарта).	III
2)	Сотрудниками охранной службы проводится мониторинг (видеонаблюдение и обход) здания и территории с целью охраны и защиты.	II
3)	Документируются обход (инспекция) здания и передача дежурств между сотрудниками охранной службы **.	III
4)	Ограничивается вход посторонних лиц в дневной стационар и режимные помещения (зоны контроля инженерных, коммунальных систем и другие подразделения).	I
5)	Сотрудники охранной службы и персонал обучаются стандартизированным действиям при кодах безопасности (слаженные мероприятия персонала, обеспечивающие спасение пациента(ов), персонала и посетителей) **: Код синий – мероприятия персонала по оказанию своевременной реанимационной помощи при остановке сердца, дыхания, судорожном синдроме. Код красный – мероприятия персонала по оповещению и тушению пожара, эвакуации пациентов и посетителей. Код розовый – оперативный поиск потерявшихся детей и престарелых в здании и на территории медицинской организации. Код белый – оперативная защита персонала и пациентов от агрессивных пациентов. Код черный – меры реагирования при угрозе теракта.	I
37. Пожарная безопасность. Внедряется программа по снижению пожарного риска и задымления в здании (ях) в соответствии с законодательством Республики Казахстан (смотреть подпункт 2) пункта 33 настоящего Стандарта) ***		
1)	Функционирует система раннего выявления пожара, в наличии исправные средства для пожаротушения, которые регулярно инспектируются и при необходимости обновляются.	I
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, эвакуацию, правила по использованию пожарных гидрантов, правила отключения кислорода.	I
5)	С персоналом медицинской организации ежегодно проводятся практические учения по действиям при пожаре и задымлении (смотреть подпункты 2) и 3) пункта 38 настоящего Стандарта) **.	II
38. Обучение персонала пожарной безопасности и безопасности зданий. Проводится обучение персонала медицинской организации для поддержания безопасности зданий и окружающей среды		
1)	Ответственные лица (например, старшие сестры и инженер ГО и ЧС) осведомлены о расположении огнеопасных материалов, а также обучены правилам и требованиям по их хранению и обращению.	II
2)	Персонал обучается и демонстрирует действия, выполняемые при пожаре, включая сообщение о пожаре, навыки применения огнетушителя (при трудоустройстве и далее не реже одного раза в полугодие).	I

3)	Персонал обучается и демонстрирует знания по вопросам эвакуации пациентов, информирован о расположении пожарных выходов, правилах использования пожарных гидрантов, правилах отключения кислорода.	II
4)	Специалисты, привлекаемые на договорной основе, резиденты, интерны и арендаторы помещений обучаются и осведомлены о правилах пожарной безопасности (расположение пожарных выходов, огнетушителей, эвакуация пациентов) и демонстрируют навыки использования огнетушителей.	III
5)	Определено лицо, ответственное за проведение инструктажа и плановое обучение по пожарной безопасности. Инструктаж и плановое обучение выполняются **.	I
39. Другие чрезвычайные ситуации. Внедряется программа по снижению риска прочих чрезвычайных ситуаций (смотреть подпункт 2) пункта 33 настоящего Стандарта) *		
1)	Медицинская организация определяет значимый (значимые) вид (виды) чрезвычайных ситуаций, которые могут произойти в медицинской организации или на ее территории, 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, обслуживаемом 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 устранению несоответствий и поддержке непрерывного улучшения **.	III
40. Опасные материалы и небιологические отходы. Обращение с опасными материалами и небιологическими отходами осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан, и обеспечивается безопасность людей и окружающей среды ***		
1)	В медицинской организации определяется список опасных материалов и химических веществ (радиоактивные диагностические материалы, радиотерапевтические материалы, горючие газы, спирт в больших объемах в одной емкости) с указанием названий (состава), мер предосторожности, мест хранения и применимых для маркировки предупреждающих знаков.	II
2)	Прописываются и исполняются 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 (если применимо) и применимых предупреждающих знаков.	II
4)	В местах применения опасных материалов имеется доступная информация о мерах предосторожности в виде информационных знаков.	II
5)	Определены ответственные лица по обращению с опасными материалами и немедицинскими отходами, соблюдающие установленные требования по обращению с опасными материалами и немедицинскими отходами. Персонал, работающий с опасными материалами и химическими веществами, обучается ответственными лицами алгоритмам по сбору данных материалов и отходов в случае их разлива или рассыпания **. (Данный критерий и стандарт не относится к разливу биологических жидкостей, таких как моча, кровь и др.).	I
41. Медицинское оборудование и приборы. Безопасность медицинского оборудования и приборов обеспечивается путем тестирования, калибровки, поверки, поддержания в рабочем состоянии и обучения персонала		

1)	Холодильное оборудование (включая холодильные камеры), используемое в организации, оснащено приборами для контроля температуры (электронными приборами или термометрами).	II
2)	Приборы для контроля температуры калибруются и поверяются минимум один раз в год.	II
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 медицинского оборудования составляется ежегодно; определяется список и ведется учет всего медицинского оборудования **.	I
4)	Проводится обучение персонала безопасной работе с медицинским оборудованием. Только обученный и компетентный персонал допускается к работе с медицинским оборудованием **.	III
5)	Установлен и исполняется персоналом четкий алгоритм оповещения руководства о поломке или неисправности медицинского оборудования. Заключены договоры на ремонт медицинского оборудования **.	II
42. 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)	Раз в год проводится полная очистка системы устройств, отвечающих за создание и автоматическое поддержание в закрытых помещениях температурных параметров (кондиционеров).	I
4)	Ответственными лицами медицинской организации проводится мониторинг системы вентиляции с документированием результатов проведенного мониторинга. Для предупреждения пылевого загрязнения в системе вентиляции устанавливаются фильтры, которые меняются с частотой согласно рекомендации производителя. В случае если использование фильтров в системе вентиляции не применимо, то установлены и проверяются на периодичной основе защитные сетки. Фильтры кондиционеров меняются или очищаются согласно рекомендациям производителя.	II
5)	Коммунальные и инженерные системы, регулирующие и отвечающие за общее обеспечение, маркируются для облегчения частичного или полного отключения при чрезвычайных ситуациях.	III
43. 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.	I
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 применимости воды в качестве альтернативного источника водоснабжения.	III
5)	Системы подвода воды стоматологических установок обрабатываются и тестируются в соответствии с рекомендациями производителя, все процедуры и результаты тестирования документируются **.	I

Параграф 3. Безопасность лекарственных средств, медицинских и стоматологических изделий и материалов

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
44. Управление лекарственными средствами, медицинскими и стоматологическими изделиями и материалами. В медицинской организации обеспечивается безопасное обращение с лекарственными средствами, медицинскими и стоматологическими изделиями и материалами		
1)	Обращение с лекарственными средствами, медицинскими и стоматологическими изделиями и материалами осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***.	II
2)	Ежегодно проводится анализ системы управления оборотом лекарственных средств, медицинских и стоматологических изделий и материалов, включающий: планирование и закуп; хранение; врачебные назначения; приготовление или разведение; введение лекарственных средств и стоматологических материалов пациенту; мониторинг лечебного эффекта, процесс утилизации, отзыва, аудит назначений, мониторинг нежелательных эффектов, управление медикаментозными ошибками и оценку рисков (выявление проблем или зон высокого риска, связанных с использованием лекарственных средств, медицинских и стоматологических изделий и материалов) **.	II
3)	Результаты анализа системы управления лекарственными средствами, медицинскими и стоматологическими изделиями и материалами докладываются руководству и коллективу; есть примеры принятых мер или проектов по улучшению работы.	II
4)	Разрабатываются и исполняются процедуры, описывающие каждый этап управления лекарственными средствами, медицинскими и стоматологическими изделиями и материалами: планирование и закуп; хранение; врачебные назначения; приготовление или разведение; введение лекарственных средств и стоматологических материалов пациенту; мониторинг эффекта лекарственных средств и стоматологических материалов, процесс их утилизации, отзыва, аудит назначений, мониторинг нежелательных эффектов, управление медикаментозными ошибками *.	I
5)	Создается и функционирует формулярная комиссия, рассматривающая вопросы управления лекарственными средствами, медицинскими и стоматологическими изделиями и материалами, включая утверждение формулярного списка **.	I
45. Хранение лекарственных средств, медицинских и стоматологических изделий и материалов. Лекарственные средства, медицинские и стоматологические изделия и материалы хранятся безопасно и надлежащим образом в соответствии с законодательством Республики Казахстан***		
1)	Все лекарственные средства, медицинские и стоматологические изделия и материалы хранятся с указанием названия (содержания) и установленными сроками годности. В помещениях хранения лекарственные средства хранятся отдельно: 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, медицинские и стоматологические изделия и материалы хранятся с соблюдением температурного режима, влажности и прочих условий, в соответствии с требованиями к их хранению.	I
3)	Наркотические и другие лекарственные средства, подлежащие строгому учету и контролю, хранятся в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***.	I
4)	Внутренние правила медицинской организации и их исполнение обеспечивают сохранность лекарственных средств, медицинских и стоматологических изделий и материалов от утери и кражи.	II
5)	Персоналом аптеки проводится контроль всех мест хранения лекарственных средств, медицинских и стоматологических изделий и материалов в медицинской организации для обеспечения условий хранения в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан **.	I
46. Особые случаи обращения с лекарственными средствами, медицинскими и стоматологическими изделиями и материалами и их уничтожение. Прописываются особые случаи обращения с лекарственными средствами, медицинскими и стоматологическими изделиями и материалами и их уничтожение		
1)	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется соблюдение порядка выявления и уничтожения лекарственных средств, медицинских и стоматологических изделий и материалов с истекшим сроком годности.	III
2)	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется соблюдение порядка обращения лекарственных средств, медицинских и стоматологических изделий и материалов, приобретённых пациентом (личных, принесенных извне) *.	I
3)	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется порядок обращения с наборами лекарственных средств и медицинских изделий для экстренных случаев (противошоковая укладка, противозидемическая укладка, реанимационный набор), включая их защиту от кражи и потери, своевременную проверку готовности набора и восполнение содержимого.	I
4)	Наборы лекарственных средств и медицинских изделий для экстренных случаев хранятся вместе (или рядом) с утвержденным руководством алгоритмами по их применению в зависимости от вида экстренного случая (алгоритм действий при анафилактическом шоке, остановке сердца).	II
5)	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется порядок обращения с опасными лекарственными средствами *.	I
47. Назначение лекарственных средств. Прописывается процесс назначения лекарственных средств и проверки назначений лекарственных средств		
1)	Утверждены и исполняются требования к назначению лекарственных средств, включая заполнение обязательной информации в листе назначений или рецепте: идентификация пациента; название лекарственного средства (международное непатентованное или торговое наименование); доза; путь введения; кратность; длительность курса *.	II
2)	Врачебный и медсестринский персонал демонстрирует знание по требованиям к назначению лекарственных средств.	I
3)	В медицинской организации исполняется процедура контроля правильности заполнения листов врачебных назначений или рецептов (смотреть подпункт 1) пункта 47 настоящего Стандарта).	I
4)	Проводится проверка назначений лекарственных средств в текущих медицинских картах стоматологического пациента для выяснения обоснованности и полноты назначения (смотреть требования пункта 9 и пункта 50 настоящего Стандарта).	II
5)	Установлены и соблюдаются алгоритмы, применяемые при устном назначении лекарственных средств в экстренных ситуациях и обеспечивающие принципы надежной передачи и приема информации (устное повторение услышанного назначения).	III
48. Приготовление и введение лекарственных средств. Лекарственные средства готовятся в безопасной и чистой обстановке, введение лекарственных средств руководствуется принципами безопасности пациента		

1)	Процедурные кабинеты и (или) места разведения и приготовления лекарственных средств являются чистой и безопасной рабочей зоной.	III
2)	Медицинский персонал следует алгоритмам и этапам гигиены рук при приготовлении и введении пациенту лекарственных средств.	III
3)	Каждое лекарственное средство, введенное пациенту и принятое пациентом в медицинской организации, документируется в листе назначений (или ином документе) с указанием времени и автора записи **.	II
4)	Безопасное введение лекарственных средств в медицинской организации обеспечивается проверкой правильности пяти пунктов: тот ли это пациент, лекарственное средство, доза, путь введения, время и частота приема.	I
5)	Прописывается процесс самостоятельного введения пациентом лекарственных средств (например, ингалятор или автоматический инъектор) *. Пациенты с соответствующей патологией подтверждают, что обучены самостоятельному применению ингалятора или другого прибора согласно прописанному процессу.	III
49. Нежелательные эффекты лекарственных средств и стоматологических материалов и управление медикаментозными ошибками. Внедрены процессы фармаконадзора, управления медикаментозными ошибками и обучение пациентов правильному применению лекарственных средств.		
1)	Сотрудники знают о процессе сообщения инцидентов по лекарственным средствам и стоматологическим материалам (нежелательные эффекты и медикаментозные ошибки).	I
2)	Проводится обучение пациентов правильному применению назначенных лекарственных средств и стоматологических материалов. Процесс обучения документируется в медицинской карте стоматологического больного.	II
3)	В медицинской организации внедрен процесс выявления, сообщения и анализа причин медикаментозных ошибок и потенциальных ошибок.	I
4)	Для врачей и прочего персонала, вовлеченного в обращение с лекарственными средствами и стоматологическими материалами, имеется в доступе справочная информация по лекарственным средствам и стоматологическим материалам.	II
5)	Исполняются процедуры по проведению мониторинга эффекта лекарственных средств и стоматологических материалов и побочных эффектов **. Данные по побочным эффектам собираются, анализируются, и проводятся мероприятия по улучшению.	I
50. Контроль антибиотиков. Медицинская организация внедряет программу по контролю антибиотиков		
1)	Программа (руководство) по контролю антибиотиков включает список антибиотиков, назначение которых ограничено, а также описывает показания к применению резервных антибиотиков *.	I
2)	Программа или руководство по контролю антибиотиков разрабатывается коллективно (с участием врачей и (или) клинического фармаколога, специалистов по инфекционному контролю, микробиологии).	II
3)	Медицинские карты стоматологического пациента регулярно просматриваются на предмет выполнения программы или руководства по контролю антибиотиков.	I
4)	Врачи и другие пользователи информированы о требованиях программы или руководства по контролю антибиотиков.	I
5)	Выполнение программы или руководства по контролю антибиотиков контролируется через индикаторы, используемые для улучшения качества медицинской помощи **.	I
51. Обращение со стоматологическими конструкциями. Имплантируемые протезы и другие стоматологические конструкции используются в соответствии с установленными критериями		
1)	Использование стоматологических конструкций проводится в соответствии с международными и национальными руководствами, разработанными для конкретных типов стоматологических конструкций.	I
2)	В медицинской организации описаны и внедрены процессы установки имплантируемых протезов и других стоматологических конструкций.	II

3)	Проводится информирование пациента об использовании имплантируемых протезов и других стоматологических конструкций, включая меры предосторожности и возможные побочные эффекты. Пациент подтверждает, что он информирован о деталях использования стоматологических конструкций.	II
4)	Номер серии и/или серийный номер имплантируемого протеза и/или других стоматологических конструкций вносится в медицинскую карту стоматологического пациента и в журнал регистрации.	II
5)	Мониторирование установленных стоматологических конструкций и состояния пациента проводится в соответствии с установленными рекомендациями. Результаты мониторингования вносятся в медицинскую карту стоматологического пациента.	II

Глава 4. Лечение и уход за пациентом

Параграф 1. Безопасность пациента

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
52. Идентификация пациента. Безопасность пациента повышается через процесс идентификации пациента		
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.	I
2)	Пациент идентифицируется в соответствии с СОП перед каждой хирургической процедурой, хирургической операцией, инъекцией, приемом лекарственного средства, взятием биоматериала и других ситуациях. Сестринский и врачебный персонал демонстрирует осведомленность о процедурах по идентификации пациента.	I
3)	В дневном стационаре идентификация пациента облегчается путем использования идентификационного браслета с двумя идентификаторами, либо через другие альтернативные способы идентификации пациента, утвержденные руководством медицинской организации.	I
4)	Идентификаторы пациента присутствуют во всех формах медицинских карт стоматологического пациента и на всех контейнерах с биоматериалом или персональными стоматологическими материалами пациента (например, стоматологические оттиски).	I
5)	Процесс идентификации пациента контролируется через индикаторы, которые применяются для повышения безопасности пациента **. Например, индикатором может быть процент правильной идентификации контейнеров с биоматериалом пациентов от проверенного количества контейнеров с биоматериалом пациентов.	I
53. Эффективная передача информации. Безопасность пациентов повышается через стандартизированный процесс передачи устной и (или) телефонной информации		
1)	Разрабатывается и исполняется СОП приема и передачи информации устно и (или) по телефону, где прописано, что получатель информации записывает и прочитывает сообщение вслух, сообщающее лицо подтверждает правильность сообщения.	I
2)	Сообщения о критических результатах лабораторных и диагностических исследований, устные назначения лекарственных средств пациенту передаются согласно СОП приема и передачи информации устно и (или) по телефону.	I
3)	Медицинская организация устанавливает список критических значений для всех лабораторных и диагностических исследований (оказываемых медицинской организацией или переданных в аутсорсинг).	I

4)	Разрабатывается и исполняется СОП по безопасной передаче пациента между отделениями и (или) службами по дальнейшей курации пациента, с указанием идентификационных данных пациента, идентификационных данных передающего и принимающего персонала, времени передачи, основных клинических показателей пациента и других показателей (если применимо) при передаче пациента (критерий применим для медицинских организаций, оказывающих анестезиологическое пособие и хирургическое лечение).	I
5)	Процесс передачи устной и (или) телефонной информации при сообщении критических результатов лабораторных и диагностических исследований и процесс передачи пациента между организациями и службами контролируется через индикатор (индикаторы), которые применяются для повышения безопасности пациента **.	I

54. Лекарственные средства высокого риска (лекарственные средства, обладающие высоким риском развития побочного действия и нанесения значительного вреда здоровью пациента, а также лекарственные средства, схожие с другими лекарственными средствами по наименованию либо внешнему виду). Безопасность пациентов повышается за счет стандартизированной маркировки и безопасного обращения с лекарственными средствами высокого риска

1)	Разрабатывается и исполняется СОП, описывающая обращение с лекарственными средствами высокого риска *. Процедура включает: маркировку лекарственных средств высокого риска; хранение лекарственных средств высокого риска; назначение и применение – если есть особенности; список лекарственных средств высокого риска*.	I
2)	Разрабатывается и исполняется СОП, описывающая обращение с концентрированными электролитами *. Процедура включает: маркировку концентрированных электролитов; хранение концентрированных электролитов – запрет на хранение в местах редкого использования, хранение только в местах клинической необходимости; назначение и применение – если есть особенности; список концентрированных электролитов*.	I
3)	Разрабатывается и исполняется СОП, 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 схож внешний вид; назначение и применение – если есть особенности; список лекарственных средств со схожим названием и схожей упаковкой*.	I
4)	Ответственный персонал (врачи, средний медицинский персонал, персонал аптеки) осведомлены о требованиях по обращению с лекарственными средствами высокого риска, концентрированными электролитами, с лекарственными средствами со схожим названием и схожей упаковкой.	I
5)	Обращение с концентрированными электролитами, лекарственными средствами высокого риска и лекарственными средствами со схожим названием и схожей упаковкой контролируется через индикаторы, которые применяются для повышения безопасности пациента **.	I

55. Хирургическая безопасность: правильный участок тела, правильная процедура и правильный пациент. Безопасность пациентов повышается за счет стандартизированной предоперационной верификации (подтверждение соответствия пациента планируемой инвазивной процедуре) и тайм-аута (проверка готовности медицинского персонала к операции или инвазивной процедуре)

высокого риска), чтобы обеспечить правильную хирургическую процедуру на правильном участке тела правильному пациенту

1)	В медицинской организации разрабатывается и исполняется СОП, описывающая процесс маркировки места хирургической операции и (или) инвазивной процедуры высокого риска, а также процедуры предоперационной верификации и тайм-аута для обеспечения правильного участка тела, правильной процедуры и операции, и идентификации пациента *.	I
2)	Врачом, который будет выполнять операцию (процедуру), участок тела маркируется перед хирургической операцией и инвазивной процедурой высокого риска. В медицинской организации утверждаются единые способы маркирования для определенных участков тела. Например, при удалении зуба для маркировки может быть использована зубная формула, представленная на бумажном носителе, или рентгенограмма.	I
3)	В соответствии с процедурами и формой, утвержденными руководством медицинской организации, осуществляется предоперационная верификация, включающая проверку процессов: подтверждение пациентом своих идентификаторов (полное имя, дата рождения); подтверждение пациентом информированного согласия на осуществление оперативного хирургического вмешательства или процедуру высокого риска; подтверждение пациентом участка оперативного хирургического вмешательства (сторона и участок тела и (или) орган); маркировка места хирургической операции; наличие или отсутствие аллергии у пациента; проблемы дыхательных путей у пациента.	I
4)	Вся хирургическая команда участвует в процедуре тайм-аута, включающего следующие этапы: идентификация пациента; подтверждение названия оперативного вмешательства или инвазивной процедуры; подтверждение участка и стороны оперативного вмешательства или инвазивной процедуры; готовность хирургической бригады к операции; готовность оборудования, медицинских и стоматологических изделий. Тайм-аут документируется в медицинской карте стоматологического пациента. Сайн-аут выполняется и документируется в медицинской карте стоматологического пациента.	I
5)	Выполнение предоперационной верификации и процедуры тайм-аута контролируется через индикаторы, которые применяются для повышения безопасности пациента **.	I

56. Гигиена рук. Безопасность пациентов повышается за счет комплексных мероприятий по гигиене рук для предотвращения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи

1)	Разрабатываются и исполняются основанные на доказательной базе (литературе) процедуры, описывающие виды и этапы мытья рук (обработки рук), а также показания для обработки рук *.	I
2)	Процедуры по обработке рук выполняются по всей медицинской организации.	I
3)	Ресурсы для выполнения процедур обработки рук представлены в необходимом объеме (смотреть подпункт 3) пункта 11, подпункт 4) пункта 26, подпункт 2) пункта 27 настоящего Стандарта).	I
4)	Медицинский персонал обучается видам, этапам и показаниям обработки рук **.	I
5)	Практика обработки рук контролируется через индикатор (индикаторы), которые применяются для повышения безопасности пациента **.	I

57. Профилактика падений. Безопасность повышается за счет первичной и повторной оценки риска падения у пациентов группы риска, а также за счет профилактических мероприятий и безопасной окружающей среды

1)	Определяются группы пациентов, для которых организуются профилактические меры, минимизирующие риски падения пациентов в организации (сопровождение, выдача колясок, тростей, костылей, маркировка первой и последней лестницы и (или) другие мероприятия) *.	I
2)	Процедура оценки риска падения имеет четкие критерии и проводится пациентам дневного стационара, а также пациентам, получающим услуги высокого риска.	I
3)	Оценка и переоценка риска падения (после анестезии, хирургического вмешательства или определенных процедур высокого риска) выполняются, когда это требуется, и своевременно документируются в медицинской карте стоматологического пациента **.	I
4)	Выполняются действия по профилактике падений, включая сопровождение пациентов с высоким риском падения, и другие действия, определенные в правилах медицинской организации (смотреть подпункт 1) пункта 57 настоящего Стандарта).	I
5)	Мероприятия по профилактике падений мониторируются через индикатор (индикаторы), которые применяются для повышения безопасности пациента **.	I

Параграф 2. Права пациента

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
58. Доступ к медицинской помощи. Доступ к медицинской помощи облегчается в том числе и для лиц с ограниченными возможностями		
1)	Вход в здание оборудован путями и пандусами, доступными для использования людьми с ограниченными возможностями, в соответствии с законодательством Республики Казахстан *** и распоряжениями местных исполнительных органов.	II
2)	Для лиц с ограниченными возможностями являются доступными инвалидные кресла, костыли, трости.	II
3)	Исполняются процедуры по обеспечению сопровождения лиц с ограниченными возможностями (смотреть подпункт 4) пункта 57 настоящего Стандарта).	I
4)	Туалеты для пациентов с ограниченными возможностями, палаты дневного стационара и другие места, определенные руководством медицинской организации, имеют кнопки вызова или другие средства вызова помощи со стороны медицинского персонала. Туалеты для пациентов с ограниченными возможностями оборудованы поручнями.	I
5)	Вход в здание оборудован поручнями, перилами и тактильными дорожками.	I
59. Процедуры по правам и обязанностям пациента. Медицинская организация разрабатывает и внедряет процедуры, направленные на соблюдение прав пациентов и информировании об их обязанностях в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***		
1)	Медицинская организация обеспечивает доступность информации для пациентов об их правах и обязанностях в местах наглядной агитации (например, постеры или видеоролики в холлах ожидания), включая права на конфиденциальность, уважительное отношение и доступ к информации касательно оказываемой медицинской помощи (услуги) **.	II
2)	Информация о правах пациентов и их законных представителей в местах агитации размещена на государственном и русском языках в соответствии с законодательством Республики Казахстан **.	III
3)	Пациенты информируются о своих правах и солидарной ответственности за свое здоровье, которая включает информирование врача о предыдущих заболеваниях, лечении, обследованиях, необходимость следования рекомендациям медицинского персонала (например, через общее информированное согласие, информацию на стендах, видеоролики) (смотреть подпункт 4) пункта 62 настоящего Стандарта).	II

4)	Пациенты информируются о своих обязанностях, включая обязанности проявлять в общении с медицинскими работниками уважение и такт, не совершать действий, нарушающих права других пациентов (например, через общее информированное согласие, информацию на стендах, видеоролики) (смотреть подпункт 4) пункта 62 настоящего Стандарта).	II
5)	Весь персонал осведомлен и обучен правам пациентов и их законных представителей, включая права на приватность и конфиденциальность, уважительное отношение, безопасность и полный доступ к информации касательно лечения **.	II
60. Барьеры и предпочтения. Выявляются и снижаются риски доступности медицинской помощи (возрастные, физические, языковые, культурные и другие ограничения пациентов), обеспечивается конфиденциальность		
1)	Здание (здания), помещения здания (зданий) (коридоры, холлы) медицинской организации и прилегающая к ней территория оборудованы необходимыми информационными и указательными знаками.	III
2)	При обращении пациентов с коммуникативными проблемами (языковой барьер, потеря слуха, потеря речи) медицинская организация предпринимает все необходимые меры для обеспечения их надлежащей медицинской помощью.	II
3)	Медицинский персонал не ограничивает культурные или духовные предпочтения пациентов и не препятствует пациентам в доступе к духовной помощи. Осмотр пациента, лечебные и диагностические процедуры учитывают культурные и религиозные убеждения.	II
4)	Медицинская организация обеспечивает приватность пациента в процессе лечения и предоставления ухода, включая потребность в приватности по культурным и религиозным убеждениям.	II
5)	При поступлении пациента в дневной стационар, средний медицинский персонал проводит инструктаж пациента о режиме работы отделения, гигиене рук, расположении санитарных узлов, профилактике падений, кнопках вызова, правах пациента, предоставляет информацию о лечащем враче. Инструктаж документируется в медицинской карте стоматологического пациента с подписью пациента (например, в отдельной форме в медицинской карте, журнале или на обратной стороне общего информированного согласия).	I
61. 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, персонал осведомлен о данном процессе.	II
2)	Информация о процедуре подачи обращений доступна для пациентов. Регистратура имеет журналы обращений (жалобы, благодарности) и предоставляет их пациентам по запросу.	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 процедурами, утвержденными в медицинской организации.	I
5)	Результаты анализа обращений используются для повышения качества медицинских услуг организации.	II
62. Общее информированное согласие пациента на медицинские услуги. Медицинской организацией внедряются процедуры получения общего информированного согласия пациента на медицинские услуги		
1)	Процесс получения общего информированного согласия пациента или его законного представителя определяется в процедурах, утвержденных руководством медицинской организации *.	II

2)	Пациенты медицинской организации подтверждают, что прошли процедуру ознакомления с общим информированным согласием и его подписанием.	I
3)	Персонал первой линии (регистраторы, медицинские сестры) обучены и исполняют процесс получения общего информированного согласия от пациента или его законного представителя на медицинские услуги.	II
4)	При ознакомлении с общим информированным согласием пациенты или их законные представители информируются об исследованиях, процедурах и лечении, требующих отдельного специального информированного согласия, указывают согласие или не согласие на фото и (или) видео съемку, а также информируются о своих основных правах и обязанностях (смотреть подпункт 3) пункта 59 настоящего Стандарта).	II
5)	Для обслуживания прикрепленного населения в рамках ПМСП разработаны и исполняются процедуры получения общего информированного согласия, обеспечивающие его действенность в течение года.	III

63. Специальное информированное согласие пациента. Медицинской организацией внедряются процедуры получения специального информированного согласия пациента на медицинские услуги перед операцией, анестезией, процедурной седацией, а также при других процедурах высокого риска

1)	Руководством медицинской организации утверждаются и исполняются процедуры, описывающие получение специального информированного согласия от пациентов и их законных представителей врачом, который будет проводить хирургическую операцию, анестезию и (или) другую процедуру высокого риска. Определен перечень процедур, требующих получения специального информированного согласия.	II
2)	Формы и содержание специальных информированных согласий разрабатываются совместно с врачами и лицами, которые осуществляют процедуры и лечение высокого риска **. Опрашиваемый персонал демонстрирует осведомленность о процедуре получения специального информированного согласия.	I
3)	Пациенты медицинской организации подтверждают, что прошли процедуру ознакомления со специальным информированным согласием и его подписанием.	I
4)	Текст специального информированного согласия пациента или его законных представителей на процедуры и лечение высокого риска включает описание преимуществ и рисков запланированного лечения **.	I
5)	Информированное согласие пациента оформляется и документируется в медицинской карте стоматологического пациента перед любой хирургической операцией, процедурой высокого риска, анестезией и седацией, перед участием в научном проекте или в экспериментальном лечении и в других ситуациях, определенных медицинской организацией *.	I

64. Отказ от лечения и право на второе мнение. Пациент информирован о праве на отказ от предложенной медицинской помощи и имеет право на второе мнение

1)	Руководством медицинской организации утверждена процедура оформления отказа пациента от предложенной медицинской помощи (полностью или частично, от продолжения лечения), а также предоставления пациенту второго мнения в соответствии с законодательством Республики Казахстан *.	III
2)	Отказ от лечения или части лечения, с указанием возможных неблагоприятных последствий для здоровья, оформляется в специальной форме отказа и подписывается пациентом либо его законным представителем, а также задействованным медицинским работником в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации.	II
3)	По требованию пациента организация предоставляет информацию о процессе проводимого лечения в полном объеме (копии результатов врачебных осмотров, диагностических исследований и другие формы медицинской документации, относящиеся к осмотру и лечению пациента) для возможности получения пациентом второго мнения, согласно процедурам, утвержденным в медицинской организации *.	III

4)	При отказе от лечения или части лечения, медицинский персонал информирует пациента об альтернативных видах лечения, возможных рисках и осложнениях вследствие отказа и документирует эту информацию.	II
5)	Персонал демонстрирует осведомленность о своих действиях при отказе пациента от лечения или части лечения, а также о предоставлении, в случае запроса, информации о процессе проводимого лечения для возможного получения второго мнения.	II

Параграф 3. Организация стоматологической службы

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
65. Профилактические осмотры. Порядок проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп лиц обеспечивает плановый и своевременный осмотр в соответствии с законодательством Республики Казахстан		
1)	Проводится ежегодное формирование и составление списка целевых групп, подлежащих профилактическим медицинским осмотрам в предстоящем году с последующей ежемесячной коррекцией целевых групп.	II
2)	Персоналом проводится оповещение целевых групп населения о необходимости и условиях прохождения профилактических медицинских осмотров.	II
3)	Персоналом проводится приглашение целевой группы населения на профилактический медицинский осмотр.	II
4)	Персоналом проводится инструктаж о необходимых подготовительных действиях со стороны пациента перед проведением осмотра.	II
5)	Для лиц с выявленной патологией полости рта проводится санация ротовой полости с заполнением данных в медицинскую информационную систему.	II
66. Тriage (медицинская сортировка) пациентов. В медицинской организации созданы условия для четкого разделения пациентов в зависимости от их физиологического состояния и оказанию своевременной медицинской помощи независимо от статуса прикрепления пациента и профиля медицинской организации		
1)	В медицинской организации разработаны и утверждены правила по триажу с описанием алгоритмов и критериев триажа.	II
2)	Персонал первой линии (регистраторы, медицинские сестры, охрана) осведомлены о правилах триажа.	I
3)	Медицинская организация имеет специальные зоны триажа для оказания первой помощи срочным и экстренным пациентам.	I
4)	Путь к зонам триажа для оказания первой помощи срочным и экстренным пациентам сопровождается маршрутной визуализацией от регистратуры.	II
5)	Зоны триажа оборудованы или имеют незамедлительный доступ к необходимым лекарственным средствам, изделиям медицинского назначения и оборудованию для оказания первой помощи (смотреть пункт 77 настоящего Стандарта).	I
67. Организация приема пациентов в амбулаторных условиях. Процесс приема пациентов в амбулаторных условиях стандартизован и улучшается		
1)	Пациенты ПМСП имеют возможность записи на прием к врачу необходимой специальности через интернет посредством медицинских информационных платформ и систем.	II
2)	Расположение регистратуры обеспечивает максимальную доступность медицинского персонала (круговое, веерное расположение регистратуры в новых и строящихся зданиях) по принципу «ближе к посетителю».	III

3)	Регистратура оснащается в соответствии с производственными потребностями, обеспечивая непрерывную связь во время работы медицинской организации.	II
4)	Службой качества проводится внутренний мониторинг ожидания пациентов приема или услуг. Руководство медицинской организации принимает меры, основанные на анализе результатов мониторинга.	III
5)	Организовано эффективное распределение потоков пациентов посредством визуальной маршрутизации по отделениям, кабинетам и службам.	II

68. Организация консультаций и осмотров. Процесс регистрации, осмотра и ведения пациентов в амбулаторных условиях стандартизируются

1)	Внедряются процедуры, описывающие процесс регистрации, осмотра и ведения пациентов в амбулаторных условиях, включая работу в медицинских электронных информационных системах по ведению пациентов *.	III
2)	Имеется график приема (консультации) врачей, доступный для пациентов (смотреть подпункт 1) пункта 10 настоящего Стандарта).	III
3)	Квалифицированные специалисты проводят осмотры на основе их образования, квалификации и навыков, подтвержденных документами (смотреть подпункты 2 и 3 пункта 18 настоящего Стандарта).	III
4)	Врач, осматривающий пациента по основному заболеванию, координирует лечение пациента в амбулаторных условиях и направляет на консультации узких специалистов (при показаниях).	II
5)	Установлен процесс консультации узких специалистов и диагностических процедур, способствующий целостности ухода и своевременному внесению данных в медицинскую карту пациента *.	III

69. Первичный осмотр и план лечения. Первичный осмотр является информативным для определения плана лечения, план лечения включает цели лечения и соответствует протоколам диагностики и лечения

1)	Первичный осмотр, записи первичного осмотра лечащего врача и узких специалистов соответствует правилам медицинской организации, обеспечивающим исполнение требований стандартов аккредитации и законодательства Республики Казахстан.	II
2)	В медицинской карте стоматологического пациента содержится информация об основных текущих и перенесенных заболеваниях пациента, постоянно принимаемых лекарственных средствах, аллергиях, операциях, контактные данные и адрес проживания пациента.	II
3)	По результатам первичного осмотра, результатов обследований и предыдущих осмотров и (или) консультаций узких специалистов (при показаниях) составляется план лечения и ухода, который включает цели и желаемые результаты лечения.	II
4)	Пациенты вовлекаются в план лечения и ухода путем объяснения назначенного лечения в доступной форме, возможности задавать вопросы и предоставления рекомендаций по поиску источников информации касательно предоставляемого лечения. Пациенты подтверждают, что были вовлечены в составление плана лечения и ухода.	II
5)	План лечения соответствует требованиям клинических протоколов, утвержденных руководством медицинской организации (смотреть пункт 9 настоящего Стандарта).	II

70. Повторные осмотры пациента. Состояние пациента в амбулаторных условиях и пациента дневного стационара наблюдается и документируется в динамике

1)	Состояние пациента наблюдается и документируется в динамике с целью оценки достижения целей или желаемых результатов от плана лечения.	III
----	--	-----

2)	Пациент или его представители информируются и осведомлены о динамике проводимого лечения и его результатах.	III
3)	План лечения обновляется в зависимости от состояния, диагноза пациента или на основе новой информации и по результатам повторных осмотров. Частота повторных осмотров средним и врачебным медицинским персоналом в дневном стационаре стандартизирована с учетом состояния пациента.	III
4)	Повторные осмотры пациента документируются в формах повторного осмотра в амбулаторных условиях или дневниковых записей врача дневного стационара с указанием состояния пациента в динамике. Повторные осмотры и дневниковые записи соответствуют правилам организации, обеспечивающим требования стандартов аккредитации и законодательства Республики Казахстан.	III
5)	При появлении признаков ухудшения состояния пациента принимаются соответствующие меры в соответствии с процедурами, утвержденными в медицинской организации. В случае экстренного перевода пациента на другой уровень ухода, заполняется форма с указанием витальных показателей пациента на момент передачи пациента в службу скорой помощи, а также информации об оказанном лечении.	III
71. Планирование выписки из дневного стационара и перевод на другой уровень ухода. Пациент вовлекается в процесс планирования выписки из дневного стационара, госпитализации в стационар и перевод на другой уровень ухода с учетом особенностей в уходе и других потребностей		
1)	Планирование выписки начинается с пункта первого контакта пациента с медицинской организацией, обновляется по мере необходимости и документируется в медицинской карте стоматологического пациента.	II
2)	Стандартизирована процедура передачи курации пациента между врачами разных профилей*. Пациент информируется о смене курирующего врача, запись о смене курирующего врача имеется в формах медицинской карты пациента.	II
3)	Амбулаторные пациенты и пациенты дневного стационара вовлекаются в процедуры плановой госпитализации, путем предоставления подробной информации о процессе госпитализации, а также о необходимых действиях со стороны пациента и медицинской организации.	III
4)	Амбулаторные пациенты и пациенты дневного стационара вовлекаются в процедуры перевода на другой уровень ухода путем предоставления им или их представителям подробной информации о процессе перевода на другой уровень ухода, а также о необходимых действиях со стороны пациента и медицинской организации.	III
5)	Информация о процессе перевода на другой уровень ухода, включая (если применимо) список используемых лекарственных средств, диагнозы и методы лечения и ухода, инструкции по дальнейшему лечению и уходу и результаты анализов, предоставляется пациенту в письменном виде, в доступной и понятной пациенту форме.	III
72. Выписка из медицинской карты пациента дневного стационара. Выписной эпикриз содержит ключевую информацию об оказанной медицинской помощи		
1)	Готовность пациента к выписке из дневного стационара определяется общим состоянием пациента и четкими показаниями к выписке. Пациенты после анестезии и хирургических операций имеют установленные критерии выписки (смотреть подпункты 5) пунктов 75 и 76 настоящего Стандарта).	II
2)	Выписной эпикриз содержит причину госпитализации в дневной стационар, основной диагноз, сопутствующие заболевания, ключевые данные осмотров, обследований, проведенное лечение, основные принятые лекарственные средства.	II

3)	Выписной эпикриз содержит информацию о состоянии пациента на момент выписки и подробные рекомендации по дальнейшему лечению и уходу.	II
4)	Копия выписного эпикриза хранится в медицинской карте стоматологического пациента, другая копия выписного эпикриза выдается пациенту в день выписки, либо выдается медицинскому работнику, ответственному за дальнейшее лечение пациента, с обязательным ознакомлением пациента с содержанием выписного эпикриза.	II
5)	Если пациент покидает медицинскую организацию без предупреждения или против рекомендаций врача, проводится информирование пациента и (или) его законных представителей, или врача по месту жительства о возможных рисках и последствиях **.	II

73. Пациенты группы риска и процедуры высокого риска. Медицинская организация определяет пациентов групп риска и процедуры высокого риска (процедуры, которые имеют высокую вероятность причинения вреда жизни или здоровью пациента, а также представляющие риск нанесения вреда процессу диагностики и (или) лечения и требуют повышенного внимания со стороны медицинского персонала и пациента) в условиях дневного стационара и амбулатории

1)	Руководством медицинской организации определяются пациенты групп риска, которые по причине своего состояния (включая риск падения, аллергии, иммунодефицит), возрастных или физических особенностей не способны выражать свое мнение, либо существует риск резкого ухудшения состояния их здоровья за короткий промежуток времени.	I
2)	Внедряются процедуры, описывающие особенности осмотра, лечения, ухода, обращения с пациентами групп риска *.	II
3)	Форма осмотра пациента по необходимости дополняется информацией, важной для пациентов групп 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 высокого риска, а также процедур, представляющих риск нанесения вреда процессу диагностики и (или) лечения. Медицинская организация идентифицирует риски, связанные с данными процедурами, и, в случае наличия рисков, принимает меры по их устранению и (или) уменьшению (смотреть пункт 63 настоящего Стандарта). Процедуры высокого риска, а также процедуры, представляющие риск нанесения вреда процессу диагностики и (или) лечения, включают (по мере применимости): хирургические операции (услуги); анестезиологические процедуры; применение ионизирующих излучений; процедуры, связанные с применением наркотических лекарственных средств; использование оборудования и медицинских приборов; идентификация и передача биологических образцов пациента; научные исследования и клинические испытания (если проводятся); риски оборудования, например, риск возгорания и (или) травмы от использования лазеров; управление кровью и ее компонентами.	II

74. Организация анестезиологической службы. Услуги по анестезии и седации являются доступными и соответствуют законодательству Республики Казахстан и профессиональным требованиям

1)	Руководством медицинской организации определяется квалифицированное ответственное лицо, осуществляющее контроль анестезиологической службы и всех услуг по анестезии и седации. Функции квалифицированного ответственного лица прописываются в должностной инструкции.	II
----	--	----

2)	Квалифицированное лицо проводит пред-анестезиологический и пред-седационный осмотр, анестезию или седацию и наблюдает за пациентом во время и после анестезии и седации.	I
3)	Оказываемые медицинские услуги по седации и анестезии соответствуют профессиональным стандартам и действующим клиническим протоколам.	I
4)	Реанимационная помощь (оборудование, лекарственные средства, медицинские изделия и специалисты) доступна при оказании анестезии и седации (смотреть пункт 77 настоящего Стандарта).	II
5)	Оформляется специальное информированное согласие пациента на анестезию и седацию. В текст специального информированного согласия включены преимущества, риски, возможные осложнения и альтернативы предлагаемой анестезии или седации **.	III
75. Анестезия. Разрабатываются и внедряются процедуры или руководства по анестезии *		
1)	Перед проведением анестезии анестезиологом проводится и документируется в медицинской карте стоматологического пациента предварительный осмотр пациента (смотреть подпункт 1) пункта 14 настоящего Стандарта).	II
2)	Перед началом анестезии анестезиологом проводится и документируется преиндукционная оценка состояния пациента.	II
3)	Физиологический статус во время анестезии на основе жизненно-важных функций наблюдается и документируется в соответствии с процедурами, утвержденными в медицинской организации **.	II
4)	Пост-анестезиологический статус каждого пациента мониторируется на основе контроля показателей жизненных функций его организма, и в дальнейшем документируется в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации (смотреть подпункт 1) пункта 14 настоящего Стандарта).	II
5)	Решение о пробуждении пациента принимается анестезиологом в соответствии с утвержденными руководством медицинской организации процедурами.	II
76. Седация. Разрабатываются и внедряются процедуры или руководства по седации *		
1)	Перед проведением седации квалифицированный врач проводит и документирует в медицинской карте стоматологического пациента предварительный осмотр пациента (смотреть подпункт 1) пункта 14 настоящего Стандарта).	II
2)	В правилах медицинской организации по организации анестезии и седации перечислены все места, где проводится седация для сопровождения болезненных процедур *.	III
3)	При проведении седации доступны лекарственные средства, медицинские изделия, оборудование и специалист (специалисты) для оказания экстренной реанимационной помощи (смотреть пункт 77 настоящего Стандарта).	II
4)	Седация осуществляется лицом, владеющим навыками углубленной реанимационной помощи (врач-анестезиолог, либо врач с действующим сертификатом по углубленной сердечно-легочной реанимации).	II
5)	Восстановление после седации определяется на основе утвержденных критериев пробуждения, которые документируются в медицинской карте стоматологического пациента.	II
77. Экстренная медицинская помощь (Код синий). Служба по оказанию экстренной медицинской помощи является доступной по всей организации *		
1)	В часы работы на территории медицинской организации доступна служба экстренной медицинской помощи.	I

2)	Стандартизованный набор лекарственных средств, медицинских изделий и оборудования для оказания базовой и расширенной сердечно-легочной реанимации поддерживается в постоянной готовности.	I
3)	Медицинской организацией внедряются процедуры, описывающие порядок оповещения лиц, ответственных за оказание расширенной сердечно-легочной реанимации и оперативную доставку необходимых лекарственных средств, медицинских изделий и оборудования *.	I
4)	Раз в полугодие или чаще проводятся практические учения Код синий, включающие оповещение лиц, ответственных за оказание расширенной сердечно-легочной реанимации, оперативную доставку необходимых лекарственных средств, медицинских изделий и оборудования в точку назначения, оперативное прибытие ответственного персонала и оказание базовой и расширенной сердечно-легочной реанимации. По результатам учений принимаются меры по улучшению.	I
5)	Медицинский персонал и персонал первой линии (регистраторы, охрана) обучены оказанию базовой сердечно-легочной реанимации.	I

78. Хирургическое обслуживание. Хирургическая служба обеспечивает безопасность пациентов

1)	Хирургической службой определены риски, связанные с оказанием хирургической операции или процедуры высокого риска (например, риски, связанные с состоянием и укомплектованностью хирургическим оборудованием, инструментарием, изделиями медицинского назначения, организационными процедурами), с внесением в реестр и (или) план управления рисками. Имеются доказательства исполнения мероприятий по управлению установленными рисками (смотреть пункт 8 настоящего Стандарта).	I
2)	Хирургический персонал проводит оперативные вмешательства согласно установленным клиническим привилегиям (смотреть подпункт 1 пункта 20 настоящего Стандарта).	II
3)	До начала операции врачом проводится предоперационный осмотр и документирование его в виде предоперационного эпикриза в медицинской карте стоматологического пациента. В предоперационном эпикризе содержатся обоснование или причина операции, предоперационный диагноз, название планируемой операции.	II
4)	Оформляется специальное информированное согласие пациента на хирургическое вмешательство. В текст специального информированного согласия включена информация о преимуществах, рисках, возможных осложнениях и альтернативах предлагаемого метода лечения (смотреть пункт 63 настоящего Стандарта) **.	II
5)	Протокол операции оформляется в день проведения операции и в соответствии с утвержденными руководством медицинской организации процедурами.	I

79. Послеоперационный план лечения. В медицинской организации составление послеоперационного плана лечения и ухода стандартизируется

1)	Послеоперационный план лечения и ухода за пациентом содержит перечень лечебных мероприятий, а также указания по уходу за данным пациентом.	II
2)	Послеоперационный план лечения составляется после операции и доступен для медицинского персонала.	III
3)	Послеоперационный план лечения прописан в медицинской карте стоматологического пациента.	III
4)	Послеоперационный план лечения исполняется ответственным персоналом.	II
5)	При изменении состояния или потребностей пациента послеоперационный план лечения и ухода корректируется.	III

Параграф 4. Лабораторные услуги

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
80. Организация лабораторной службы. Лабораторные услуги являются доступными для пациентов и соответствуют законодательным актам Республики Казахстан и профессиональным требованиям		
1)	Руководством медицинской организации определяется квалифицированное лицо, осуществляющее контроль лабораторных услуг, оказываемых пациентам медицинской организации, в том числе оказываемых субподрядными организациями по договору.	II
2)	Квалифицированными лицами проводятся и интерпретируются лабораторные исследования.	I
3)	Оказываемые лабораторные услуги имеют необходимые лицензии согласно законодательству Республики Казахстан ***.	I
4)	Условия хранения лабораторных реагентов соответствуют требованиям производителя.	I
5)	Лабораторные услуги, оказываемые субподрядными организациями по договору, мониторируются через индикаторы или требования, которые прописываются в договоре **.	III
81. Временные рамки лабораторных исследований. Определяются временные рамки на каждый вид лабораторного исследования *		
1)	На каждый вид лабораторного исследования определяются временные рамки готовности результата исследования *.	III
2)	Результаты лабораторных исследований сообщаются своевременно.	III
3)	Установлен и исполняется процесс назначения и принятия экстренных лабораторных исследований, своевременность исполнения которых контролируется.	III
4)	На каждый вид лабораторного исследования определяются границы нормальных значений, которые указаны в бланке с результатом исследования; при необходимости, границы нормальных значений пересматриваются.	III
5)	Медицинской организацией определяются критические (значительно отклоняющиеся от нормы) результаты лабораторных исследований, при выявлении которых персонал лаборатории в течение 30 минут информирует врача или пост дневного стационара (смотреть подпункты 2) и 3) пункта 53 настоящего Стандарта).	II
82. Обращение с биоматериалом пациента. Процессы сбора, идентификации и маркировки, транспортировки, утилизации биоматериала пациента стандартизируются *		
1)	Медицинской организацией утверждается и выполняется процесс назначения лабораторного исследования врачом и выписывания направления в лабораторию.	II
2)	Медицинской организацией утверждается и выполняется процесс сбора биоматериала, его идентификации и маркировки.	II
3)	Медицинской организацией утверждается и выполняется процесс безопасной транспортировки, обращения с биоматериалом пациента.	I
4)	Медицинской организацией утверждается и выполняется процесс приема лабораторией, регистрации, отслеживания и хранения биоматериала пациента.	II
5)	Вышеуказанные требования выполняются субподрядными организациями, выполняющими лабораторные исследования для пациентов организации.	II
83. Лабораторная безопасность. Внедряется и выполняется программа лабораторной безопасности, взаимосвязанная с инфекционным контролем и безопасностью здания *		
1)	Медицинский персонал лаборатории защищается от рисков через средства индивидуальной защиты, специальную одежду, защитное оборудование и устройства (очки, ламинарный шкаф).	II
2)	Весь персонал лаборатории обучается основам лабораторной безопасности при трудоустройстве, в плановом порядке раз в год, после инцидентов, связанных с соблюдением лабораторной безопасности **.	III

3)	В рабочих зонах лаборатории выполняются требования программы лабораторной безопасности по запрету на прием пищи, жидкости, курению, применению косметики, прикосновению к контактными линзам или к губам. Имеются необходимые средства и СИЗ (перчатки, маска, фонтан или бутылки с водой для промывки глаз) для безопасного удаления разливов биологических жидкостей.	II
4)	Инциденты, связанные с безопасностью (например, контакт с биоматериалом, разлив биоматериала), сообщаются ответственным лицам и по ним принимаются корректирующие меры, в соответствии с утвержденными процедурами (смотреть подпункт 3) пункта 5; подпункт 3) пункта 22 настоящего Стандарта).	II
5)	Один раз в год лицо, осуществляющее контроль лабораторных услуг, выступает с отчетом по лабораторной безопасности на заседании Комиссии по безопасности здания.	III

84. Контроль качества в лаборатории. Проводится внутренний и внешний контроль качества лабораторных услуг

1)	Медицинской организацией проводится внутренний контроль качества лабораторных услуг через оборудование или вручную путем выборочной перепроверки результатов исследований.	II
2)	Внутренний контроль качества проводится в соответствии с процедурами, утвержденными в медицинской организации, и не требует документации, если выполняется автоматически на оборудовании.	III
3)	Проводятся межлабораторные сличительные исследования или внешний контроль качества лабораторных услуг в соответствии с законодательством Республики Казахстан (через референс-лабораторию или выборочную перепроверку биоматериала) ***.	II
4)	Внешний контроль качества проводится один раз в год и подтверждается документально **.	I
5)	При неудовлетворительном результате внутреннего или внешнего контроля качества проводятся корректирующие мероприятия в соответствии с процедурами, утвержденными в медицинской организации.	II

85. Лабораторное оборудование. Лабораторное оборудование поддерживается в рабочем состоянии

1)	Лабораторное оборудование тестируется, поддерживается, калибруется, и эти действия документируются (смотреть пункт 41 настоящего Стандарта) **.	III
2)	Лабораторное оборудование обслуживается согласно установленному графику, составленному по рекомендациям производителя **.	III
3)	Все сотрудники обучаются работе с оборудованием, которое они используют **.	III
4)	Если лабораторное оборудование находится вне лаборатории и им пользуется персонал клинических отделений, то они обучаются работе с оборудованием в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации **.	III
5)	Ежеквартально руководителем или персоналом лаборатории проверяются все единицы лабораторного оборудования, которое находится вне лаборатории *.	III

Параграф 5. Служба лучевой диагностики

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
86. 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.	II
2)	Квалифицированные лица проводят радиологические, ультразвуковые и другие виды исследований лучевой диагностики.	II
3)	Квалифицированные лица интерпретируют радиологические, ультразвуковые и другие виды исследований лучевой диагностики.	II

4)	Оказываемые услуги лучевой диагностики подтверждаются государственными лицензиями согласно законодательству Республики Казахстан ***.	I
5)	Услуги лучевой диагностики, оказываемые субподрядными организациями, прописываются в договоре. В соответствии с процедурами, утвержденными в медицинской организации, данные услуги мониторируются (например, современность, корректность заключений или другие показатели) **.	III
87. Безопасность пациента при диагностических процедурах. Соблюдаются принципы безопасности пациентов при проведении инструментальной диагностики		
1)	Персонал, осуществляющий ультразвуковую диагностику, соблюдает принципы безопасной передачи устных сообщений при описании органов пациента (например, когда врач ультразвуковой диагностики проводит обследование и передает описание органов пациента медицинской сестре для записи) (смотреть подпункт 1 пункта 53 настоящего Стандарта).	III
2)	Перед введением контрастных веществ пациент проверяется на наличие аллергий и необходимых лабораторных анализов. Данные об отсутствии или наличии аллергии, необходимые лабораторные исследования подтверждаются документально.	I
3)	Контрастные вещества хранятся в условиях, описанных производителем.	I
4)	Наборы лекарственных средств и медицинских изделий для экстренных случаев (противошоковая укладка, реанимационный набор) доступны при диагностических процедурах, использующих контрастные вещества. Персонал осведомлен о вызове Код синий (смотреть пункт 77 настоящего Стандарта).	II
5)	Датчики и приборы, контактирующие с пациентом при проведении исследования, обрабатываются согласно инструкции производителя оборудования после каждого пациента.	III
88. 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.	I
2)	Персонал радиологической службы обучается основам радиационной безопасности при трудоустройстве, в плановом порядке раз в год, при инцидентах, связанных с радиационным оборудованием, при получении нового оборудования и по мере необходимости **.	III
3)	Проводится проверка защитных свойств всей рентген-защитной одежды каждые два года **.	I
4)	Проводятся замеры мощности дозы излучения на рабочих местах сотрудников, ответственных за осуществление лучевой диагностики, в помещениях и на территориях, смежных с процедурной рентгенкабинета и кабинета компьютерной томографии один раз в год.	I
5)	Контроль индивидуальных дозиметров проводится ежеквартально **.	I
89. 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 (смотреть пункт 41 настоящего Стандарта). Действия по инспектированию, поддержке и калибровке оборудования по лучевой диагностике документируются **.	II
2)	В медицинской организации имеется действующий договор со специализированными организациями по обслуживанию оборудования лучевой диагностики, либо в штате имеется специалист по обслуживанию этого оборудования, имеющий 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 осуществляются	II

	корректирующие меры (смотреть подпункт 3) пункта 5; подпункт 5) пункта 22 настоящего Стандарта).	
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.	III
90. 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 радиологических исследований путем выборочной перепроверки заключения внешним экспертом («второе чтение», «повторный пересмотр рентгенограмм», «пересмотр диска») **.	II
3)	Существует список внешних экспертов с контактными данными, к которым организация обращается при сомнительном, сложном случае («второе чтение») **.	III
4)	Знания, квалификация внешних экспертов подтверждаются документально.	II
5)	При неудовлетворительных данных контроля качества принимаются меры по улучшению работы в радиологии.	II

Параграф 6. Зуботехническая лаборатория

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
91. Организация работы зуботехнической лаборатории. Услуги зуботехнической лаборатории являются доступными для пациентов и соответствуют законодательным актам Республики Казахстан и профессиональным требованиям		
1)	Руководством медицинской организации определяется квалифицированное лицо, осуществляющее контроль работ зуботехнической лаборатории, в том числе оказываемых субподрядными организациями по договору.	II
2)	Процессы, связанные с изготовлением стоматологических конструкций (заявка, идентификация, изготовление, сбор, обработка, транспортировка, утилизация отходов) производятся в соответствии с процедурами, установленными в медицинской организации, и законодательством республики Казахстан *.	I
3)	Персонал зуботехнической лаборатории защищается от рисков через средства индивидуальной защиты, специальную одежду, защитное оборудование и устройства.	II
4)	Весь персонал зуботехнической лаборатории обучается основам производственной и инфекционной безопасности при трудоустройстве, в плановом порядке раз в год, после инцидентов, связанных с соблюдением безопасности **.	III
5)	Услуги зуботехнической лаборатории, оказываемые субподрядными организациями по договору, мониторируются через индикаторы или требования, которые прописываются в договоре **.	III
92. Контроль качества. Регулярно проводится контроль качества услуг и работоспособности оборудования зуботехнической лаборатории		
1)	Контроль качества работы зуботехнической лаборатории проводится в соответствии с процедурами, утвержденными в медицинской организации.	III
2)	Зуботехническое оборудование тестируется, поддерживается, калибруется, и эти действия документируются (смотреть пункт 41 настоящего Стандарта) **.	III
3)	Зуботехническое оборудование обслуживается согласно установленному графику, составленному по рекомендациям производителя **.	III
4)	Все сотрудники обучаются работе с зуботехническим оборудованием, которое они используют **.	III
5)	При неудовлетворительном результате контроля качества проводятся корректирующие мероприятия в соответствии с процедурами, утвержденными в медицинской организации.	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 ***