



ЦЕНТР АККРЕДИТАЦИИ ПО КАЧЕСТВУ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

ОО «ЭКСПЕРТОВ И КОНСУЛЬТАНТОВ ПО ВНЕШНЕЙ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

РАЗБОР ОЦЕНОЧНЫХ ЛИСТОВ

В РАМКАХ ЕЖЕГОДНОГО БРИФИНГА ЭКСПЕРТОВ ПО НАЦИОНАЛЬНОЙ АККРЕДИТАЦИИ

Гомель Люция

Заместитель директора КГП
ОКБ УЗКО

- **ДЕФЕКТЫ ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ ОЦЕНОЧНЫХ ЛИСТОВ ЭКСПЕРТАМИ ВКО**
- **АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕ КАЧЕСТВЕННОГО ЗАПОЛНЕНИЯ ОЛ ЭКСПЕРТАМИ ВКО**
- **ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЗАПОЛНЕНИЯ ОЛ**
- **ВОПРОСЫ-ОТВЕТЫ**

Использование шаблонов с других МО без изменения данных и адаптации к МО (особенно часто, если команда в один период выезжает на несколько МО; начинающие эксперты);
 Неполная оценка стандартов (лаборатория, прачечная, пищеблок), услуг, находящихся в аутсорсинге;
 Заполнение специализированных глав и стандартов без знания основных НПА (лабораторные услуги, лучевая диагностика, родовспоможение, травматология, кардиологическая и неврологическая помощь).

Ограниченный обхват изучения процесса/выполнения критерия/стандарта в МО:

67.1	Руководством медицинской организации утверждаются процедуры, описывающие получение специального информированного добровольного согласия пациента и их законных представителей	Стандарты «II» уровня	Полное	Утверждена и внедрена процедура получения информированного специального согласия пациента и его законного представителя на все виды процедур, при проведении которых могут возникнуть осложнения (Приказ № 364). При оказании хирургической помощи и при переливание компонентов крови пациентом подписывается специальное добровольное согласие. А в родовспоможении (прививки, анестезия, седация), в диагностике (ФГДС, ФБС и пр.)?	
96.4	Во внерабочее время снимок или диск с радиологическим исследованием выдается дежурному или лечащему врачу без заключения при условии, что врач имеет привилегию по интерпретации исследования	Стандарты «II» уровня	Полное	Рентгенологические исследования травматического профиля описываются самими травматологами. В МО I траматологов, привилегиями которых являются «интерпретация результатов рентгенологических исследований». У травматологов имеется свидетельство об обучении по вопросам лучевой диагностики в травматологии? На каком основании у травматологов есть данные привелегии?	-

Частые грамматические ошибки, не согласование по падежам, не структурированное предложение, не допустимые выражения:

29.4	Комиссия по инфекционному контролю проводит анализ данных по внутрибольничным инфекциям и на их основании принимает меры для повышения инфекционной безопасности пациента **	Стандарты «II» уровня	Частичное	Разработана и утверждена первым руководителем Программа инфекционного контроля. Комиссией ИК представлены аналитические справки и протокол заседания КИК.	Аналитические справки КИК по ВБИ малоинформативные результата проводимых профилактических мероприятий
29.5	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	Стандарты «I» уровня	Частичное	Комиссией ИК проводится мониторинг по анализу показателей индикаторов инфекционного контроля. Проводятся заседания с участием сотрудников медицинской организации.	Протоколы заседаний КИК и мониторинг индикаторов малоинформативные результат выявленных рисков и приняты мер по их снижению.
61.4	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	Стандарты «I» уровня	Частичное	Оборудованный туалет для инвалидов имеется хирургии. Имеется кнопка вызова .	Туалет не оборудован для ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В дневном стационаре.

Употребление фраз: «не совсем, иногда, немного знают, слабо ответили, желает лучшего»:

27.4	Один раз в год проводится оценка качества работы внештатного персонала, результаты оценки хранятся в личном деле (смотреть пункт 25 настоящего Стандарта) **	Стандарты «III» уровня	Частичное	Ответственные лица (руководители структурных подразделений) соблюдают процедуру оценки качества работы внештатного сотрудника. Имеются отчеты по результатам качества профессиональной деятельности (ежемесячные).	Не во всех ЛД внештатного персонала имеется лист оценки профессиональной деятельности. КАКОЙ % ЛД?
25.2	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	Стандарты «II» уровня	Частичное	При оценке профессиональной деятельности персонала учитываются установленные показатели работы врачей и СМР и их профессиональные качества.	В листах оценки информация по результатам оценки их профессиональных качеств малоинформативная. Уточните, что значит малоинформативное в данном критерии?
23.5	Инструктаж персонала медицинской организации включает ознакомление с программой повышения качества медицинской помощи и безопасности пациента	Стандарты «II» уровня	Частичное	Службой ПП и ВК проводится инструктаж персонала (ознакомление) с Программой по повышению качества и безопасности пациента. Имеются методические материалы.	Опрос персонала по вопросам работы по повышению качества и безопасности пациента показал недостаточную осведомленность. СКОЛЬКО ОПРОШЕНО? КАКОЙ % НЕОСВЕДОМЛЕННЫХ?
17.4	Проводится обучение персонала медицинской организации по утвержденным процедурам организации	Стандарты «III» уровня	Частичное	В МО придерживаются процесса непрерывного обучения персонала утвержденным процедурам по всем структурным подразделениям. Имеются протоколы со списками обученного персонала.	Протоколы проводимых обучений содержат недостаточное число обученного персонала.

Ставится не применим в местах имеющих применение (изоляторы, альтернативные источники водо-электроснабжения, ремонтные работы и прочее).

51.3	Каждое лекарственное средство введенное пациенту и принятое пациентом документируется в листе назначений (или ином документе) с указанием времени и автора записи **	Стандарты «I» уровня	Не применим	ПОЧЕМУ НЕ ПРИМЕНИМ при наличии дневного стационара?	-
51.4	Безопасное введение лекарственных средств обеспечивается проверкой правильности пяти пунктов: тот ли это пациент, лекарственное средство, доза, путь введения, время и частота приема	Стандарты «I» уровня	Не применим	-	-
51.5	Прописывается процесс самостоятельного введения пациентом лекарственных средств (ингалятор или инсулиновая ручка) *	Стандарты «II» уровня	Не применим	-	-

94.5	Утверждается руководством медицинской организации, и соблюдаются процедуры предтрансфузионного тестирования при переливании донорской крови и ее компонентов новорожденным. Утверждаются руководством медицинской организации и соблюдаются меры по применению донорской крови и ее компонентов, прошедших специальную обработку для обеспечения дополнительной инфекционной и иммунологической безопасности и (или) индивидуальный подбор	Стандарты «I» уровня	Не применим	Не применим	Должен быть применим, с учетом родильного отделения
------	--	----------------------	-------------	-------------	---

70.1	В медицинской организации разрабатываются и внедряются процедуры по распределению потоков пациентов при направлении на лечебные, консультативные и диагностические услуги, регистрации пациентов	Стандарты «II» уровня	Не применим	Почему не применим??? Это же АПП!!!	
------	--	-----------------------	-------------	-------------------------------------	--

Ставится не применим в местах имеющих применение (изоляторы, альтернативные источники водо-электроснабжения, ремонтные работы и прочее).

82.1	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	Стандарты «II» уровня	Не применим	Эксперт описывает работу врача хирурга (тайм-аут и пр.). Работа хирурга сопряжена с анестезией, даже если она местная. Критерий применим!	
87.1	Послеоперационный план лечения и ухода составляется врачом совместно с медицинской сестрой и другими задействованными специалистами	Стандарты «II» уровня	Не применим	Если есть хирургия, даже если это малые оперативные вмешательства, должен составляться план лечения и ухода. Считаю критерий применимым	
87.4	Послеоперационный план лечения прописан в медицинской карте пациента	Стандарты «II» уровня	Не применим		
87.5	При изменении состояния или потребностей пациента послеоперационный план лечения и ухода корректируется	Стандарты «II» уровня	Не применим		

Прописывание сторон требующих улучшения с рекомендациями к дополнительному обучению персонала или улучшения работы, не раскрывая выявленных дефектов:

32.1	Персонал медицинской организации соблюдает требования законодательства в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Республике Казахстан по чистке (уборке), дезинфекции помещений и поверхностей	Стандарты «I» уровня	Частичное	МО разработаны СОПы по обработке поверхностей, очистке, дезинфекции и стерилизации, обработке и хранения грязного и чистого белья. Проведено микробиологические исследования, заключений РПГ на ПХВ «Национального центра экспертизы» от 22.02.21г № РО-21-944.	Необходимо провести обучение среднего медицинского персонала по вопросам СОП . Почему сделан данный вывод?
67.3	По требованию пациента организация предоставляет информацию о процессе проводимого лечения в полном объеме для возможности получения пациентом второго мнения, согласно утвержденным процедурам медицинской организации *	Стандарты «III» уровня	Частичное	Медицинская организация предоставляет информацию о процессе проводимого лечения в полном объеме для возможности получения пациентом второго мнения, согласно утвержденным СОП медицинской организации согласно ст 134 Кодекса РК от 07 июля 2020 года №360.	Необходимо провести обучение медицинского персонала по данным вопросам . Почему сделан данный вывод?
89.2	Результаты лабораторных исследований сообщаются своевременно	Стандарты «II» уровня	Частичное	Разработана процедура по своевременному сообщению результатов лабораторных исследований. Информация может сообщаться устно, по телефону, автоматически в ИС : Дамумед..	Необходимо провести обучение медицинского персонала по данным вопросам . Почему сделан данный вывод?
72.5	В медицинской карте пациента содержится информация об основных текущих и перенесенных заболеваниях пациента, постоянно принимаемых лекарственных средств, аллергиях, операциях, контактные данные и адрес проживания пациента	Стандарты «I» уровня	Частичное	При обзоре медицинских карт дневного стационара, женской консультации, хирургического кабинета все требования к оформлению медицинской документации по сбору анамнеза жизни, заболевания, аллергоанамнеза заполняются.	Зав. отд ВОП и Службе внутреннего аудита усилить контроль за качеством оформления медицинских карт. - Почему дана такая рекомендация? Требуется пояснение эксперта

Описание сильной стороны, просто утверждением о наличии документа, не раскрывая требований критерия:

30.1	Программа по инфекционному контролю разрабатывается и внедряется в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	Стандарты «III» уровня	Полное	В МО разработана и утверждена программа инфекционного контроля в соответствии Приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 января 2013 года № 19 «Об утверждении Правил проведения инфекционного контроля в медицинских организациях».	А внедрена программа?
45.5	Коммунальные и инженерные системы маркируются для облегчения частичного или полного отключения при чрезвычайных ситуациях	Стандарты «I» уровня	Частичное не исполнено	Разработан СОП по маркировке коммунальных и инженерных систем. -	В котельной, в тепловых узлах не маркированы трубы с подачей холодной воды, систем отопления. Во время опроса персонал не информирован о маркировке.
46.2	В медицинской организации определяются зоны и услуги, для которых наиболее важно водоснабжение и электроснабжение из альтернативных источников **	Стандарты «III» уровня	Частичное не исполнено	Разработана Программа управления рисками, мероприятия по устранению рисками.	В разработанной программе не предоставлен утверждённый список наиболее уязвимых отделений , которые будут затронуты в случае сбоев в работе водоснабжения, электроэнергии.
54.5	Выполнение программы или руководства по контролю антибиотиков контролируется через индикаторы, используемые для улучшения качества медицинской помощи **	Стандарты «I» уровня	Частичное не исполнено	Программа по контролю антибиотиков разработана .	Нет мониторинга программы по контролю антибиотиков для улучшения качества медицинской помощи.

Немотивированное завышение или занижение оценки критерия:

6.3	В медицинской организации определены должностные лица ответственные за выявление, документирование и мониторинг инцидентов	Стандарты «I» уровня	Частичное Полное	Разработаны правила управления инцидентами. Порядок действий при инциденте. Правила регистрации инцидента. В МО определено ответственное лицо в лице эксперта за выявление, документирование и мониторинг инцидентов. Разработаны правила сбора и анализа инцидентов. Предоставлен журнал регистрации инцидентов.	Персонал не полностью осведомлен о правилах заполнения «отчет об инциденте» - это не требование критерия! Или необходимо указывать, что ответственный персонал за инциденты не знает правил заполнения Отчета и прочее....
7.2	Орган управления медицинской организации ежегодно утверждает программу или план мероприятий по непрерывному улучшению качества медицинских услуг и повышения безопасности пациента с участием всех подразделений медицинской организации *	Стандарты «II» уровня	Частичное Несоответствие	Представлена Программа по повышению качества медицинских услуг. Предоставлен план повышения качества на 2021год. Разработаны индикаторы. Представлены индикаторы качества деятельности подразделений, аналитическая справка по мониторингу и анализу качества предоставляемых услуг за 2019-2020гг.	Программа улучшения качества медицинской организации не утверждена Наблюдательным советом. - это главное требование критерия
7.4	Экстремальное событие подлежит обязательному расследованию и о его результатах информируются руководство медицинской организации, заинтересованный пациент (ы), а также Орган управления медицинской организации (в квартальном отчете с указанием принятых мер) (смотреть подпункт 4) пункта 1 настоящего Стандарта) **	Стандарты «II» уровня	Частичное Полное	В организации имеется Программа по управлению качеством, программа управления инцидентами. За 2020-2021гг экстремальных событий не зарегистрировано.	Нет предоставленных актов разбора по экстремальным событиям. - если не зарегистрированы экстремальные события, то как должна МО Вам разбор предоставить????

Немотивированное завышение или занижение оценки критерия:

9.4	Медицинская организация проводит непрерывную оценку рисков. Источники информации о рисках: инциденты, медицинский персонал, наблюдения, обзор документации, пациенты и их законные представители **	Стандарты «I» уровня	Частичное Несоответствие	Разработана методика оценки рисков (оценочный лист). Представлен план корректирующих мероприятий по снижению рисков.	Не представлен мониторинг рисков. Оценка рисков не проводится.
51.4	Проводится проверка назначений лекарственных средств в текущих медицинских картах для выяснения обоснованности и полноты назначения	Стандарты «I» уровня	Частичное не исполнение	Врачами экспертами проводится аудит в текущих медицинских карт на полноту обследования, полное заполнение первичного осмотра. Представлены протоколы результаты проверки в текущих медицинских картах.	Врачами -экспертами не проводится проверка назначений лекарственных средств в текущих медицинских картах для выяснения обоснованности и полноты назначения
27.2	Личное дело внештатного персонала содержит доказательство проверки подлинности у первоисточника документов об образовании (смотреть подпункт 2) пункта 21 настоящего Стандарта) **	Стандарты «III» уровня	Частичное не исполнение	В ЛД внештатных сотрудников имеются подтверждающие документы соответствия квалификационным требованиям.	В ЛД ВНЕШТАТНОГО ПЕРСОНАЛА отсутствует информация по проверке подлинности документов об образовании и квалификационной категории.
52.2	Разрабатывается 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; обучение персонала	Стандарты «I» уровня	Частичное	имеется СОП "Правила безопасного использования медикаментов высокого риска", который включает в себя правила обращения с концентрированными электролитами	необходима разработка отдельного СОПа по концентрированным электролитам - если концентрированные электролиты вошли в СОП "Правила безопасного использования медикаментов высокого риска", то с какой целью отдельный СОП?

Интерпретация и оценка критерия без учета требований стандарта:

6.2	В медицинской организации внедрен процесс обеспечения страхования (гарантирования) профессиональной ответственности медицинских работников, выполняющих процедуры и операции высокого риска (с высоким риском судебных исков) **	Стандарты «I» уровня	Частичное Несоответствие	Имеется Политика обеспечения страхования по правилам и процессу обеспечения страхования профессиональной ответственности сотрудников, выполняющих процедуры и операции высокого риска. Заключен договор МО с страховой компанией «Дочерняя компания Народного банка Казахстана по страхованию жизни Халык-Life» об обязательном страховании работника от несчастных случаев (634 человек) - это не требование критерия!.	При опросе сотрудников персонал не полностью владеет информацией о профессиональной ответственности сотрудников, услугах высокого риска. - это не требование критерия! В медицинской организации не внедрен процесс обеспечения страхования (гарантирования) профессиональной ответственности медицинских работников, выполняющих процедуры и операции высокого риска (с высоким риском судебных исков)
1.4	Медицинская организация ежеквартально предоставляет Органу управления отчеты о результатах основной деятельности, включая сведения об ошибках медицинского персонала, жалобах, случаях смерти и результатах проведенного анализа по упомянутым событиям **	Стандарты «II» уровня	Частичное Несоответствие	В 2020 году было 2 заседания Наблюдательного Совета в связи с эпид ситуацией по Ковид.	Отчеты о результатах основной деятельности больницы не предоставлены органу управления.
35.2	Фильтр с отдельным входом и (или) изолятор с боксом для изоляции пациентов с инфекцией оснащены в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан ***	Стандарты «I» уровня	Частичное	Фильтр размещен на 1-ом этаже здания с отдельным входом, у входа размещен указатель направления расположения фильтра. В МО разработан СОП выявления, меры реагирования, регистрация, оповещение государственных органов по инфекционному надзору.	Во время проведения трейсера : ответственный персонал работающий в фильтре не в полном объеме владеет действиями при подозрении пациента на инфекционное заболевание или ООИ. Персонал работающий в фильтре не насторожен об опасности ООИ. - Не является требованием критерия, вопрос о наличии фильтра и его оснащении!!!

Интерпретация и оценка критерия без учета требований стандарта:

43.1	<p>Определяется список всех опасных материалов и отходов (включая огнеопасные материалы) медицинской организации с указанием названий (состава), мер предосторожности и мер первой помощи при аварийных ситуациях, мест хранения, максимально допустимого объема хранения и применимых для маркировки предупреждающих знаков (смотреть пункт 33 настоящего Стандарта)</p>	Стандарты «П» уровня	Частичное не исполнение	Разработана программа по безопасному сбору , хранению, транспортировке медицинских отходов.	<p>Не определены списки всех опасных материалов .Во время проведения трейсера : не во всех местах хранения опасных материалов имеются инструкции мер предосторожности и мер первой помощи при аварийных ситуациях(кислород, дезинфицирующие средства, спирт 96%);предупреждающие и запрещающие знаки.</p>
37.4	<p>Ежеквартально руководитель медицинской организации получает отчет от Комиссии по безопасности здания или должностного лица, ответственного за выполнение Программы по безопасности зданий, с указанием проведенных ключевых работ и существующих проблемах (рисков) безопасности зданий и окружающей среды **</p>	Стандарты «П» уровня	Частичное	<p>Приказом руководителя МО № 60-6 от 18.01.2021г назначено ответственное лицо по БЗ (начальник АХЧ Жетибаев Б.Е.). Пересмотрите требование критерия, необходимо отразить, получает ли руководитель МО отчет о исполнении Программы БЗ?</p>	<p>В ДИ ответственного лица не включен пункт об ответственности за контроль исполнения Программы БЗ. - если есть приказ, то пункт в ДИ не обязателен.</p>

Противоречие в оценке критериев одного или нескольких стандартов:

57.1	Разрабатывается 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;обучение персонала	Стандарты «Д» уровня	Частичное	В МО от 5.01.2021г разработан и утвержден СОП , описывающий работы с ЛС высокого риска, который включает в себя список , маркировку, хранение, назначение, применение. Имеется список ЛС высокого риска со знаком «СТОП! Медикамент высокого риска»Персонал обучен.	Из 12 опрошенных сотрудников 5 (41,6%) показали недостаточные знания по обращению с лекарственными средствами высокого риска
57.2	Разрабатывается 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;обучение персонала	Стандарты «Д» уровня	Частичное	В МО разработан и утвержден СОП, описывающий работы с концентрированными электролитами. Имеется список концентрированных электролитов.	Из 12 опрошенных сотрудников 5 (41,6%) показали недостаточные знания по обращению с лекарственными средствами высокого риска.
57.3	Разрабатывается 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 схожий внешний вид;назначение и применение – если есть особенности;список лекарственных средств со схожим названием и схожей упаковкой;обучение персонала *	Стандарты «Д» уровня	Полное	В МО разработан СОП по обращению с лекарственными средствами со схожим названием и схожей упаковкой.В МО лекарственные препараты со схожим названием и схожей упаковкой имеют стикер с надписью- лекарственные препараты со схожим названием и схожей упаковкой	-
57.4	СОП, описывающие обращение с лекарственными средствами высокого риска, с концентрированными электролитами, с лекарственными средствами со схожим названием и схожей упаковкой выполняются во всей организации	Стандарты «Д» уровня	Частичное	Во всех подразделениях в процедурных кабинетах на лекарственных средствах высокого риска, концентрированных электролитах, лекарственных средствах со схожим названием и схожей упаковкой имеется стикер с надписью, имеется список препаратов высокого риска, со схожим названием и схожей упаковкой.	Из 12 опрошенных сотрудников 5 (41,6%) показали недостаточные знания по обращению с лекарственными средствами высокого риска.
57.5	Обращение с концентрированными электролитами, лекарственными средствами высокого риска и лекарственными средствами со схожим названием, и схожей упаковкой контролируются через индикаторы, которые применяются для	Стандарты «Д» уровня	Полное	Обращение с концентрированными электролитами, лекарственными средствами высокого риска и лекарственными средствами со схожим названием, и схожей упаковкой контролируются через индикаторы, которые применяются для повышения безопасности	Если индикатор контролируется и принимаются меры по улучшению, то почему есть значительные дефекты в исполнении стандарта 57?

Противоречие в оценке критериев одного или нескольких стандартов:

59.1	Разрабатываются основанные на доказательной базе (литературе) процедуры, описывающие виды и этапы мытья рук (обработки рук), а также показания для обработки рук *	Стандарты «I» уровня	Полное	Утверждена 5.01.2021г и внедрена Программа по гигиене рук, разработанная на основании приказов МЗ РК, рекомендаций ВОЗ. В программе описаны виды, этапы мытья рук, показания для обработки рук. В каждом структурном подразделении имеется СОП по гигиене рук.	-
59.2	Процедуры по обработке рук выполняются по всей медицинской организации	Стандарты «I» уровня	Частичное	Медицинский персонал обрабатывает руки перед каждой медицинской манипуляцией, перед осмотром или лечением, после осмотра или лечения пациента.	При проведении трейсера: из 8 сотрудников 3(37%%) неправильно выполнили процедуры по обработке рук (приемный покой и процедурный кабинеты терапевтического отделения, лаборатория).
59.3	Ресурсы для выполнения процедур обработки рук представлены в необходимом объеме	Стандарты «I» уровня	Частичное	В МО есть достаточные ресурсы для выполнения процедуры мытья рук имеются в достаточном количестве моющие средства, антисептики, санитайзеры, дозаторы, одноразовые полотенца . Представлена заявка с проведением расчета потребности дезинфицирующих средств.	При проведении трейсера: из 8 сотрудников 3(37%%) неправильно выполнили процедуры по обработке рук (приемный покой и процедурный кабинеты терапевтического отделения, лаборатория).
59.4	Медицинский персонал обучаются видам, этапам и показаниям обработки рук **	Стандарты «I» уровня	Частичное	В МО разработана Программа обучения персонала по гигиене рук, имеется план работы, список обученных сотрудников, протоколы обучения. Предоставлен документ процесс проведения аттестации персонала по технике мытья рук.	При проведении трейсера: из 8 сотрудников 3(37%%) неправильно выполнили процедуры (этапы) по обработке рук (приемный покой и процедурный кабинеты терапевтического отделения, лаборатория).
59.5	Практика обработки рук контролируются через индикатор (-ы), которые применяются для повышения безопасности пациента **	Стандарты «I» уровня	Полное	В МО обработка рук контролируются через индикатор. Мониторинг предоставлен. .	Если индикатор контролируется и принимаются меры по улучшению, то почему есть дефекты в исполнении стандарта 59?

Противоречие в оценке критериев одного или нескольких стандартов:

88.3	Оказываемые лабораторные услуги соответствуют законодательству Республики Казахстан ***	Стандарты «II» уровня	Полное	В МО имеется лицензия № 19005653 (дата выдачи 03.,05.2019 г.) и приложение к ней на все виды лабораторных исследований, проводимые в лаборатории – гематологические, общеклинические, биохимические серологические, бактериологические, иммунологические. Положение от 11,01,2021г	Выше были указаны несоблюдения процессов идентификации биологического материала, не соответствие квалификации руководителя лаборатории и пр.
29.1	Медицинская организация проводит анализ результатов инфекционного контроля и эпидемиологической обстановки за год, включающий оценку эпидемиологических рисков **	Стандарты «I» уровня	Частичное не исполнение	Службой ИК, составлены отчеты КИК, анализ заболеваемости ВБИ, членами КИК составлены отчеты о проведенной работе согласно плану и должностным обязанностям ИК	отчеты КИК не информативны, анализ заболеваемости ВБИ по госпитальным инфекциям не представлен. Службой КИК не проводится анализ работы инфекционного контроля, включая оценку рисков. Членами КИК составлены отчеты о проведенной работе согласно плану и должностным обязанностям ИК, носят шаблонный характер
29.2	На основании оценки эпидемиологических рисков руководством медицинской организации разрабатываются и утверждаются программа инфекционного контроля и план работы (план мероприятий) по инфекционному контролю на предстоящий календарный год, включающие достижимые и измеримые задачи по снижению рисков **	Стандарты «III» уровня	Полное	В ГКП на ПХВ "Казалинская межрайонная больница " разработаны и утверждены программа инфекционного контроля ,план работы по инфекционному контролю . Издан приказ № 9 "О создании КИК" от 05.01.2021г. Разработано Положение Комиссии инфекционного контроля от 05.01.2021г утверждено главным врачом Алишевой Б Разработана и утверждена Программа инфекционного контроля - за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий на 2021 год. Утвержден план работы инфекционного контроля на 2021 год	Если не исполняется критерий 29.1, то как может быть исполнен в полном объеме данный критерий?

Противоречие в оценке критериев одного или нескольких стандартов:

43.3	Все опасные материалы и отходы маркируются с указанием названия (состава), срока годности и применимых предупреждающих знаков	Стандарты «П» уровня	Частичное	Дезинфицирующие средства (кожные антисептики) имеют отметку срока годности . Часть средств имели знаки опасности.	В местах обращения с опасными материалами (дезинфицирующее средства кислородный баллон ,дизельное топливо) нет информации по мерам предосторожности и мерах первой помощи (на этикетке контейнера , в местах хранения , разведения дезинфицирующих средств) отсутствуют информационные и предупреждающие знаки .
43.4	В местах применения опасных материалов имеется доступная информация по мерам предосторожности и алгоритмам оказания первой медицинской помощи	Стандарты «Л» уровня	Частичное	Работа с химическими и дезинфицирующими средствами проводится с использованием средств индивидуальной защиты (халат, колпак, маска, перчатки) при приготовлении растворов – фартук и защитные очки.	В медицинской организации , не во всех местах размещения опасных материалов , имеются инструкции с мерами предосторожности и мерами оказания первой помощи при аварийных ситуациях
47.1	Персонал обучается правилам обращения с опасными материалами (смотреть подпункт 1) пункта 43 настоящего Стандарта)	Стандарты «П» уровня	Полное	ВМО проводится обучения и тестирования знаний сотрудников по правилам обращения с опасными материалами	критерии 43.3 и 43.4 исключают полное исполнение данного критерия

Прочее (не внимательность, шаблонность, не четкость мысли при формировании стороны требующей улучшения):

56.2	Конфиденциальность информации о пациенте сохраняется в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан ***	Стандарты «I» уровня	Частичное	Имеется СОП по приватности и конфиденциальности информации о пациенте. Персонал демонстрировал во время трейсеров защищенный доступ в информационные системы в компьютерах, отвечал на вопросы.	В кабинете акушера-гинеколога на стене был вывешен список беременных женщин с их диагнозами. - эксперт оценивает работу СМП!!
59.5	Профилактика падений и число падений мониторируются через индикатор (ы), которые применяются для повышения безопасности пациента **	Стандарты «I» уровня	Частичное	Службой аудита разработаны индикаторы по профилактике падений, которые мониторируются для улучшения безопасности и качества обслуживания пациентов с высоким риском падения.	Обучение по рискам падения проводить постоянно согласно плана графика. - не является требованием критерия.
64.5	Результаты анализа обращений используются для повышения качества медицинских услуг организации здравоохранения	Стандарты «II» уровня	Частичное	Пациенты и их родственники по их желанию согласно поданного заявления могут участвовать в разборе жалоб. - это не является требованием критерия. Как результаты анализа обращений используются для повышения качества обслуживания пациентов?	Сотрудники СППВК на общих собраниях МО НЕ ОБСУЖДАЮТ И НЕ ПРОТОКОЛИРУЮТ результаты разбора ОБРАЩЕНИЙ

Прочее (не внимательность, шаблонность, не четкость мысли при формировании стороны требующей улучшения):

73.3	Форма осмотра пациента по необходимости дополняется информацией, важной для пациентов группы риска (модификация формы осмотра)	Стандарты «III» уровня	Частичное	В МО разработан алгоритм по осмотру, ведению, особому уходу и лечению амбулаторных пациентов группы высокого риска и дополняется информацией. Персонал осведомлен при опросе.	Необходимо проводить обучение согласно разработанного плана семинарских занятий, утвержденный руководителем - это не требование критерия. Или эксперт имеет ввиду обучение персонала форме осмотра пациентов ГР? Тогда почему дана данная рекомендация?
92.4	Внешний контроль качества проводится один раз в год и подтверждается документально **	Стандарты «I» уровня	Частичное не исполнение	внешний контроль проводится не реже 1 раза в год	не продемонстрированы результаты внешнего контроля
88.5	Лабораторные услуги, оказываемые субподрядными организациями по договору, мониторятся через индикаторы или требования, которые прописываются в договоре **	Стандарты «I» уровня	Частичное не исполнение	Имеется договор с лабораторией ТОО «МЫРЗА-ХАН» (договор №10 от 01.02.2021г.) с ГКП на ПХВ «многопрофильная областная больница» Управления здравоохранения акимата Кызылординской области, договор №73-20-2021 от 03.01.21 г. по проведению определенных видов исследований.	Не разработаны индикаторы контроля качества лабораторных услуг, оказываемых субподрядными организациями.

- Не достаточно времени для заполнения ОЛ (до 2-х рабочих дней после завершения ВКО)
- Не достаточно знаний. Отсутствие знаний нормативно-правовых актов, значений критериев.
- Не успели досмотреть стандарты: необходимая документация, обход всех структурных подразделений, всех помещений, всех корпусов и компаний аутсорсинга, проведение необходимых трейсеров.
- Не был проведен или недостаточный мониторинг со стороны руководителя группы.
- Не рациональное составление программы аккредитации МО (значительно разное количество критериев среди экспертов группы, составление программы без учета знаний и навыков экспертов, составление программы по шаблону, без учета структуры, профильности и особенностей МО)
- «Давление» со стороны МО при проведении ВКО (присутствие конфликта интересов).

- Организация работы во время ВКО, с возможностью заполнения ОЛ ежедневно (сосредоточение на ВКО, не «распыляться» на отвлеченные вопросы, соблюдение графика программы ВКО, мониторинг заполнения ОЛ со стороны руководителя группы) и плюс 2 дня после завершения ВКО.
- Постоянное совершенствование в вопросах аккредитации, знание действующих НПА по крайней мере регламентирующих стандарты, которые по программе ВКО определены эксперту, руководителю группы абсолютное знание требований стандартов и максимальное знание НПА ко всем стандартам национальной аккредитации. Регулярное обучение экспертов по вопросам аккредитации (стандарты).
- Максимальный охват информации по исполнению определенных программой ВКО стандартов экспертом: необходимая документация (в помощь чек-листы), обход всех структурных подразделений (структура, штатное расписание), всех помещений, всех корпусов и компаний аутсорсинга (изучение заявления МО и самооценки), проведение необходимых трейсеров (индивидуальный, системный, комплексный).

- Грамотное своевременное, согласованное составление программы ВКО руководителем группы: равномерное распределение стандартов между экспертами, составление программы с учетом знаний и навыков экспертов (экспертам начинающим выделять стандарты знания которых максимальное, совместные трейсеры с более опытными экспертами и руководителем группы).
- Постоянный мониторинг заполнения ОЛ руководителем группы (на своевременность заполнения, грамотность, соответствие требованиям каждого критерия), готовность руководителя к помощи экспертам группы в интерпретации и оценке критериев/стандартов.
- Своевременное предоставление информации в центр аккредитации о «давлении» со стороны МО и иных третьих лиц при проведении ВКО.
- Экспертам не стесняться при неясных/спорных вопросах, обращаться к руководителю группы, далее к специалистам центра аккредитации.

Ваши вопросы и предложения?

