



ЦЕНТР АККРЕДИТАЦИИ ПО КАЧЕСТВУ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

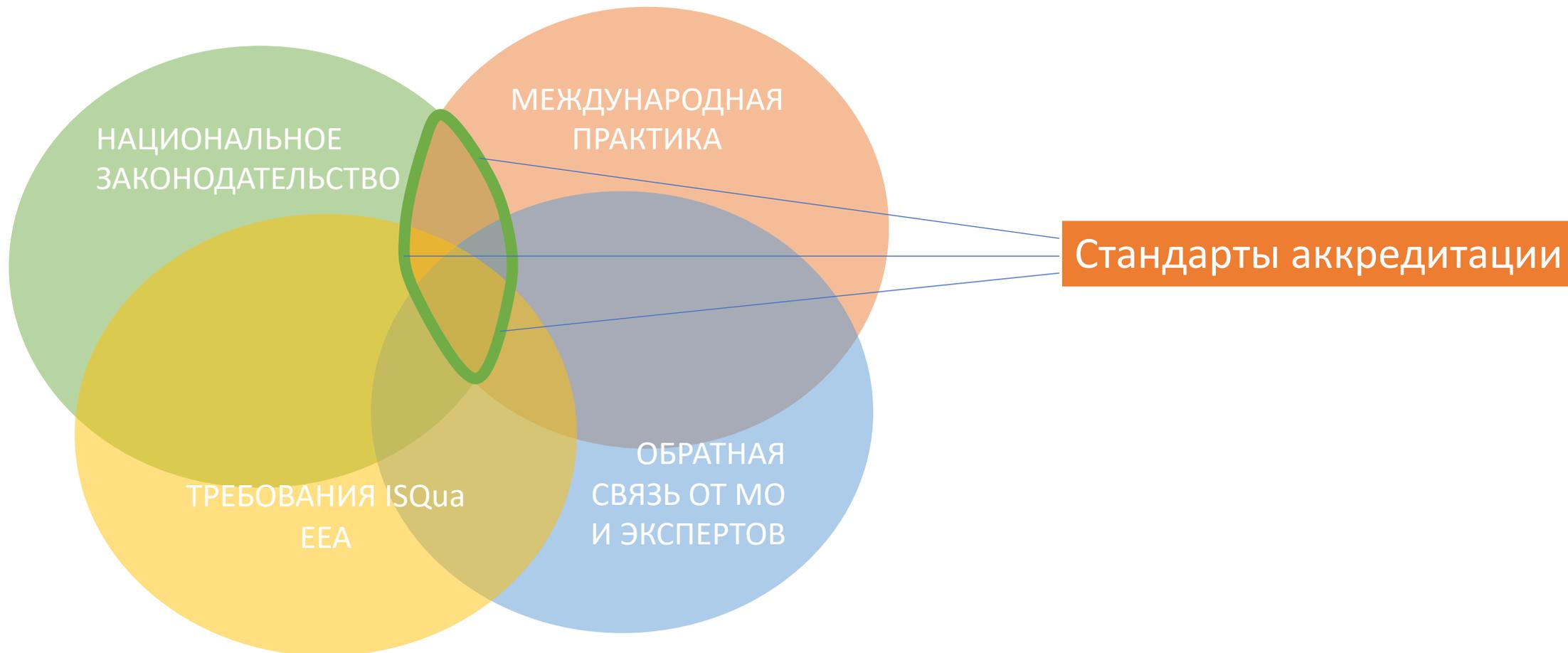
ОО «ЭКСПЕРТОВ И КОНСУЛЬТАНТОВ ПО ВНЕШНЕЙ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

СТАНДАРТЫ АККРЕДИТАЦИИ, 4 ВЕРСИЯ (СТАЦИОНАР И АПП)

В РАМКАХ ЕЖЕГОДНОГО БРИФИНГА ЭКСПЕРТОВ ПО НАЦИОНАЛЬНОЙ АККРЕДИТАЦИИ

ОСПАНОВ ДАНИЯР МАРАТОВИЧ

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ЭКСПЕРТ
АККРЕДИТАЦИИ КАНАДЫ И
ЦЕНТРА АККРЕДИТАЦИИ



RUMBA – Relevant, Understandable, Measurable, Beneficial a

РУМБА – Уместность, Понятность, Измеримость, Полезность



№	Старая редакция стандарта и (или) критерия стандарта	№	Новая редакция стандарта и (или) критерия стандарта
Глава 1: Руководство		Глава 1: Руководство	
1.*	1. Орган управления медицинской организации. Функции Органа управления (Наблюдательный Совет, Совет директоров, учредитель (и)) медицинской организации прописаны в документах	1.	1. Орган управления медицинской организации. Функции Органа управления (Наблюдательный Совет, Совет директоров, учредитель (и)) регламентированы и обеспечивают его участие в управлении медицинской организацией
3)**	Органом управления утверждены критерии и ежегодно проводится оценка работы первого руководителя (-лей) медицинской организации	3)	Орган управления принимает участие в развитии медицинской организации и направлении ее деятельности путем утверждения или согласования стратегического плана и планов, связанных с бюджетом
4)	Медицинская организация ежеквартально предоставляет Органу управления отчеты о результатах основной деятельности	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 **
5)	Ежегодная оценка работы Органа управления вышестоящим органом здравоохранения или вышестоящим учредителем и оценка первого руководителя (-лей) медицинской организации подтверждается документально. Орган управления, являющийся высшим уровнем управления медицинской организации, оценивает свою деятельность в виде ежегодной самооценки **	5)	Органом управления утверждены критерии и ежегодно проводится оценка работы первого руководителя (-лей) 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) **

2.		2	
1)	В документе по стратегическому планированию (стратегия развития или стратегический план) (далее – стратегический план)	1)	<p>В стратегическом плане медицинской организации излагаются миссия, видение, ценности, стратегические цели, задачи и индикаторы исполнения задач **</p> <p>Миссия и видение медицинской организации являются доступными для ее персонала и населения (дополнительное требование перенесено из 1 критерия 3 стандарта)</p>
2)	Стратегический план медицинской организации разрабатывается с участием представителей структурных подразделений медицинской организации и согласуется Органом управления**	2)	На основании стратегического плана разрабатывается и утверждается годовой план медицинской организации (критерий 3 старой редакции)
3)	На основании стратегического плана разрабатывается и утверждается годовой план медицинской организации	3)	Годовой план учитывает мероприятия клинических служб, финансовые планы, идентифицированные риски (новый критерий)
5)	Руководство планирует годовой бюджет и организует обеспечение медицинской организации необходимыми ресурсами для реализации производственных задач **	5)	Руководители структурных подразделений как минимум ежеквартально отчитываются ответственному лицу о выполнении поставленных задач и достижении желаемых результатов по индикаторам годового плана **

3.	Производственное управление. Эффективное управление медицинской организации осуществляется в соответствии с ее миссией и основной деятельностью		Редакция стандарта упразднена. Критерии стандарта 1), 3) и 4) старой редакции присутствуют в стандартах 2 и 16 новой редакции
4.	Организационная структура. Организационная структура соответствует миссии и деятельности организации	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, утверждается руководством медицинской организации и доводится до сведения персонала 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 **
3)	В организационной структуре указывается должностное лицо, осуществляющее контроль сестринского ухода, должностное лицо, осуществляющее деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг, и (или) иные руководящие лица для реализации миссии медицинской организации	3)	В организационной структуре указывается должностное лицо, осуществляющее контроль сестринского ухода
4)	В организационной структуре указывается должностное лицо, осуществляющее контроль эффективного управления финансовыми ресурсами	4)	В организационной структуре указывается должностное лицо, осуществляющее деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг Должностное 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
5)	Координация взаимодействия персонала структурных подразделений обеспечиваются положениями о подразделениях (где указаны функции подразделений), должностными инструкциями, правилами и процедурами организации, а также работой соответствующих комиссий медицинской организации	5)	В организационной структуре указывается должностное лицо, осуществляющее контроль эффективного управления финансовыми ресурсами, включающее планирование, мониторинг и контроль

5.		4.	
1)	В медицинской организации определяются этические нормы, которыми она руководствуется в своей деятельности, в том числе при принятии решений и определении правил поведения персонала	1)	В медицинской организации определяются этические нормы, определяющие правила поведения персонала при оказании медицинских услуг пациенту, а также при взаимодействии с коллективом
2)	Этический кодекс медицинской организации разрабатывается с участием представителей структурных подразделений медицинской организации и утверждается руководством *	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 **.
3)	В медицинской организации создана Этическая комиссия для рассмотрения этических вопросов, возникающих при оказании медицинской помощи **	3)	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.
4)	В медицинской организации внедрен процесс выявления, своевременного анализа и принятия мер по этическим вопросам (решения о прекращении лечения, отказе в лечении и другие ситуации в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан) ***	4)	В медицинской организации внедрен процесс выявления, своевременного анализа и принятия мер по этическим вопросам, включающие взаимодействие в коллективе (такие случаи как насилие, домогательства, травлю), (смотреть подпункты 1), 3) пункта 5 настоящего Стандарта), другие ситуации в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан) ***.
5)	Персонал медицинской организации проходит обучение по вопросам этических норм в здравоохранении **	5)	Этическая комиссия принимает участие в разборе вышеупомянутых случаев **.

<p>6. Культура безопасности. Руководство организации внедряет и поддерживает культуру безопасности, поощряет выявление инцидентов и принимает системные меры по улучшению работы</p>	<p>5. Культура безопасности (не карательная обстановка в коллективе, при которой безопасность пациента ставится выше профессиональной солидарности). Руководство организации внедряет и поддерживает культуру безопасности, поощряет выявление инцидентов и принимает системные меры по улучшению работы</p>
<p>1) Руководители и персонал медицинской организации обучены определениям: «культура безопасности», «инцидент», «потенциальная ошибка», «ошибка», «экстремальное событие», а также правилам оповещения и расследования инцидентов **</p>	<p>1) В медицинской организации исполняются мероприятия, обеспечивающие реализацию «культуры безопасности». Клинический персонал осведомлен о не карательной системе, обеспечивающей заполнение и регистрацию инцидентов без риска быть наказанным, а также знает определения: "потенциальная ошибка", "ошибка", "экстремальное событие"</p>
<p>3) В медицинской организации определены должностные лица ответственные за выявление, документирование и мониторинг инцидентов</p>	<p>3) Внедрен процесс регистрации и оповещения об инцидентах (задокументированный случай потенциальной ошибки, ошибки, экстремального события) в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации *</p>
<p>4) Внедрен процесс регистрации и оповещения об инцидентах в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации *</p>	<p>4) В медицинской организации определены должностные лица (лицо) ответственные за мониторинг и управление инцидентами, включающий контроль по изучению первопричин инцидента, а также обучение персонала вопросам управления инцидентами</p>
<p>5) В целях повышения качества услуг руководством медицинской организации принимаются системные действия, направленные на профилактику проблем и снижение рисков **</p>	<p>5) Исполняется механизм изучения инцидентов, обеспечивающих идентификацию первопричин инцидента и их системное решение в целях улучшения качества процессов и услуг, включая коммуникацию со стороной пострадавшей от инцидента **</p>

7.	Управление качеством. Определяется лицо, осуществляющее деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг, и утверждается программа или план, определяющие основные направления работы по улучшению качества оказания мед. услуг	6.	Индикаторы и план по улучшению качества. Реализуются мероприятия по мониторингу индикаторов качества и исполнения плана по непрерывному улучшению качества
1)	Должностное лицо медицинской организации, осуществляющее деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг, обладает необходимыми навыками и знаниями в области улучшения 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 **
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 МО *	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 **
3)	В документе по непрерывному улучшению качества медицинских услуг дается определение термина «экстремальное событие»	3)	Руководством медицинской организации определены приоритетные индикаторы из числа индикаторов внутренней экспертизы и индикаторов аккредитации, соблюдение и достижение пороговых значений которых наиболее 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
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)	4)	План по непрерывному улучшению качества отражает: наименование мероприятия (ий) по улучшению; цель мероприятия (ий); 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 (ий) плана)
5)	Персонал МО обучается методам (инструментам) улучшения качества и надлежащему использованию статистических данных, полученных в результате мониторинга деятельности МО	5)	Бюджет медицинской организации учитывает расходы необходимые для реализаций плана мероприятий по непрерывному улучшению качества медицинских услуг и мероприятия по управлению рисками

8.	Непрерывное повышение качества. В медицинской организации внедряется программа непрерывного повышения качества медицинских услуг и безопасности пациента	7.	Управление качеством. В медицинской организации реализуются мероприятия по контролю качества
1)	Руководство ежегодно участвует в определении приоритетных индикаторов повышения качества (далее – индикаторы) медицинских услуг и безопасности пациента, как в целом для медицинской организации, так и для отдельных структурных подразделений. Показатели по достижению ключевых индикаторов включаются в квартальные отчеты медицинской организации об основной деятельности (смотреть подпункт 4) пункта 1 и подпункт 4) пункта 2 настоящего Стандарта) **	1)	Руководством медицинской организации, совместно с руководителями структурных подразделений и персоналом применяются инструменты улучшения качества (например, цикл PDCA, диаграмма Исикавы и другие) в мероприятиях по непрерывному улучшению качества
2)	Индикаторы структурных подразделений измеримы: разрабатываются формулы расчета (с определенным числителем и знаменателем, если применимо), определяются желаемые пороговые значения; проводится сбор данных и анализ индикаторов **	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) **
3)	Проводится клинический аудит медицинских карт, согласно утвержденным внутренним процедурам медицинской организации, соответствующих требованиям законодательством Республики Казахстан * Результаты клинического аудита используются при разработке мер по повышению качества медицинских услуг *	3)	Проводится анкетирование удовлетворенности пациентов или опыта пациента. Результаты анкетирования учитываются при разработке мер по повышению качества медицинских услуг * Анкетирование опыта пациента подразумевает получения от пациента объективных ответов на вопросы по соблюдению персоналом действий, регламентированных правилами медицинской организации и стандартами аккредитации (например, объяснили ли вам содержания специального информированного согласия, задавали ли вам вопрос когда вы падали в последний раз, действие назначенного лекарственного средства, обрабатывал ли врач руки перед осмотром и другие)
4)	Проводится анкетирование удовлетворенности пациентов в соответствии с законодательством Республики Казахстан. Результаты анкетирования учитываются при разработке мер по повышению качества медицинских услуг *	4)	На заседаниях соответствующих комиссий проводится разбор сложных клинических случаев, результаты которого применяются для улучшения клинической деятельности
5)	На заседаниях соответствующих комиссий проводится разбор клинических случаев, результаты которого применяются для улучшения клинической деятельности	5)	Проводится клинический аудит медицинских карт на соблюдение 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 *

9.	Управление рисками. В медицинской организации внедряется программа по управлению рисками	8.	Управление рисками. В медицинской организации внедряется программа по управлению рисками
1)	<p>Медицинская организация имеет утверждённую программу по управлению рисками, которая включает следующие элементы: цель и задачи документа;</p> <p>образец реестра рисков и способ оценки рисков;</p> <p>утвержденное должностное лицо, осуществляющее деятельность по управлению рисками;</p> <p>требования по обучению персонала;</p> <p>виды рисков (стратегические, клинические, финансовые и прочие риски);</p> <p>образец плана действий по устранению рисков и требование разработать действие на каждый значительный риск;</p> <p>требование информировать заинтересованные стороны о рисках *</p>	1)	<p>Медицинская организация имеет утвержденную и исполняемую программу по управлению рисками, которая включает следующие элементы: цель и задачи документа;</p> <p>способ оценки рисков;</p> <p>реестр рисков и/или план управления рисками с описанием мер снижающих негативное влияние идентифицированных рисков</p> <p>ответственных за управлением риска, оценки риска, периодичность отчетности и мониторинга</p> <p>утвержденное должностное лицо, осуществляющее деятельность по управлению рисками;</p> <p>отчетность Органу управления по рискам</p> <p>требования по обучению персонала;</p> <p>виды рисков (стратегические, клинические, эпидемиологические, финансовые, риски по функциональности здания и прочие риски);</p> <p>требование разработать действие на каждый значительный риск;</p> <p>требование информировать и коммуницировать заинтересованные стороны о рисках</p> <p>ответственность персонала в реализации программы по управлению рисками *</p>
2)	<p>Утвержденная программа по управлению рисками реализуется персоналом медицинской организации, который участвует в: выявлении рисков;</p> <p>сообщении о рисках;</p> <p>оценке и определении приоритетности рисков;</p> <p>анализе инцидентов (потенциальных ошибок, ошибок, экстремальных событий);</p> <p>составлении и реализации плана действий</p>	2)	<p>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</p>
5)	<p>Медицинская организация принимает меры по полноценной реализации мероприятий программы управления рисками, снижению или устранению рисков (ежегодно составляется, обновляется и корректируется план действий по снижению рисков) **</p>	5)	<p>Медицинская организация принимает меры по полноценной реализации мероприятий плана управления рисками, снижению или устранению рисков (план может составляться, обновляться и корректироваться в течение года) **</p>

10.	Клинические протоколы. Руководители медицинской организации контролируют применение и внедрение медицинским персоналом клинических протоколов	9.	Клинические протоколы. Руководители медицинской организации обеспечивают применение и внедрение медицинским персоналом клинических протоколов
1)	Руководством медицинской организации проводится мониторинг внедрения и применения клинических протоколов диагностики и лечения (далее – клинические протокола)	1)	В медицинской организации определены ответственные лица по контролю применения клинических протоколов диагностики и лечения (далее – клинические протокола)
2)	В медицинской организации определены ответственные лица по мониторингу внедрения и применения клинических протоколов	2)	Проводится клинический аудит путем ретроспективного и (или) текущего анализа медицинских карт на предмет их соответствия требованиям клинических протоколов, основанных на доказательной медицине, а также требований стандартов аккредитации (смотреть параграфы 1 и 3 раздела 3, параграф 1 раздела 4 настоящего Стандарта). Мероприятия по мониторингу контролю и внедрению клинических протоколов осуществляются в рамках плановых мероприятий внутренней экспертизы
3)	Мероприятия по мониторингу внедрения клинических протоколов осуществляются в рамках плановых мероприятий внутренней экспертизы в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан	3)	Результаты клинического аудита медицинских карт применяются для обратной связи с медицинским персоналом, обучения персонала и других мероприятий для повышения качества медицинских услуг в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации
4)	Проводится клинический аудит путем ретроспективного и (или) текущего анализа медицинских карт на предмет их соответствия требованиям клинических протоколов, основанных на доказательной медицине	4)	Первый руководитель медицинской организации информируется о результатах клинического аудита медицинских карт как минимум на ежеквартальной основе
5)	Результаты клинического аудита медицинских карт применяются для обратной связи с медицинским персоналом, обучения персонала и других мероприятий для повышения качества медицинских услуг в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации	5)	Персоналу доступны клинические протокола на рабочих местах в электронном или бумажном виде. Существует механизм оповещения персонала о новых или измененных клинических протоколах

11.	Работа с населением. Медицинская организация вовлекает пациентов, население и персонал в планирование оказания медицинских услуг и способствует доступности оказываемых медицинских услуг для населения	10.	Работа с населением. Медицинская организация открыта перед пациентами в вопросах обратной и способствует доступности оказываемых медицинских услуг для населения
1)	Медицинская организация информирует население об оказываемых медицинских услугах и условиях (порядке) их получения, а также о любых изменениях в списке оказываемых медицинских услуг и условиях (порядке) их получения **	1)	Используя свой официальный сайт и другие методы, медицинская организация информирует население об оказываемых медицинских услугах и условиях (порядке) их получения, о любых изменениях в списке оказываемых медицинских услуг и условиях (порядке) их получения, а также адрес и контактные данные организации **
4)	Медицинская организация участвует в программах по обучению населения здоровому образу жизни и профилактике заболеваний **	4)	Медицинская организация участвует в программах по обучению населения здоровому образу жизни (отказ от курения, профилактика ожирения и другие) и профилактике заболеваний **
5)	В соответствии с утвержденными процедурами медицинская организация планирует оказание медицинских услуг с учетом потребностей населения	5)	Медицинская организация планирует оказание медицинских услуг с учетом потребностей населения. Пациентам и общественности доступна информация о возможности участия в планировании оказываемых услуг

12		11	
4)	Для экстренного приобретения лекарственных средств и изделий медицинского назначения, отсутствующих в медицинской организации, имеется договор их внепланового закупа **	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 *
5)	Медицинские услуги, осуществляемые на платной основе, оказываются на основании утвержденного прейскуранта цен, доступного населению **	5)	Внешний государственный аудит проводится в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***. В случае отсутствия государственного аудита в частных организациях, проводится внешний финансовый аудит.
13.	Финансовый аудит и бухгалтерский учет.		Редакция стандарта упразднена. Некоторые критерии стандарта перенесены в другие стандарты
14.	Фонд оплаты труда.		Редакция стандарта упразднена. Некоторые критерии стандарта перенесены в другие стандарты

15.	Информационное управление. Создаются надлежащие условия для эффективного управления данными	12	Информационное управление. Создаются надлежащие условия для эффективного управления информацией и улучшения осведомленности персонала
1)	В медицинской организации имеется достаточное количество технических средств, обеспечивающих потребности медицинского персонала при работе с медицинской и административной информацией, своевременного и полного ввода данных в локальную информационную систему медицинской организации	1)	В медицинской организации имеется достаточное количество технических средств, обеспечивающих потребности медицинского персонала при работе с медицинской и административной информацией, своевременного и полного ввода данных
3)	Руководство медицинской организации обеспечивает доступность действующих нормативных правовых актов и правовых актов Республики Казахстан персоналу организации	3)	<p>Утвержден порядок разработки, согласования, утверждения и оформления, пересмотра процедур и планов организации *</p> <p>Медицинская организация утверждает процедуры общего управления документацией в соответствии с законодательством Республики Казахстан, учитывая цифровизацию клинического и административного документооборота ***</p>
4)	Руководство медицинской организации создает условия для ведения медицинских карт в электронном формате	4)	Медицинская организация применяет медицинские информационные системы при документации процедур ухода и лечения в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***
5)	Медицинская организация утверждает процедуры управления документацией в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	5)	Плановые внутренние собрания структурных подразделений, общие собрания, наряду с отдельными обучениями и инструктажами ответственных лиц, используются для обучения персонала установленным процедурам медицинской организации. Обучение направлено на оказание качественной и интегрированной медицинской помощи пациентам, в соответствии с требованиями стандартов национальной аккредитации и законодательства Республики Казахстан

16.	Защита информации. Медицинская организация обеспечивает конфиденциальность, безопасность и целостность информации	13	Защита информации. Медицинская организация обеспечивает конфиденциальность, безопасность и целостность информации
1)	В медицинской организации определены уровни доступа персонала к конфиденциальной информации *	1)	В медицинской организации определены уровни доступа персонала к медицинским записям пациента Каждый персонал имеет логин и пароль для входа в медицинские информационные системы, а также для входа в компьютер на рабочем месте
2)	Информация на бумажном и электронном носителях защищается от повреждения, утери и неавторизованного доступа (несанкционированное проникновение в автоматизированную информационную систему) *	2)	Используются лицензионные программы информационной защиты
3)	В соответствии с законодательством Республики Казахстан в медицинской организации обеспечивается конфиденциальность информации о пациенте ***	3)	Помещение архива медицинской организация обеспечивает безопасное хранение документации от пожара и неавторизованного доступа (смотреть подпункты 1) и 2) пункта 37 настоящего Стандарта). Документация хранится стандартизировано с возможностью идентификации периода или структурного подразделения к которому относится документация
4)	Персонал обучается правилам по защите и неразглашению конфиденциальной информации	4)	Персонал ежегодно обучается правилам по защите и неразглашению конфиденциальной информации, а также процедурам по соблюдению приватности пациента при оказании медицинских услуг **
5)	В медицинской организации определены сроки хранения и порядок уничтожения медицинских и немедицинских документов, в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	5)	В медицинской организации определены сроки хранения и порядок уничтожения медицинских и немедицинских документов

17.	Внутренние документы. Руководство совместно с персоналом разрабатывает, утверждает и внедряет процедуры медицинской организации, регламентирующие ее деятельность		Редакция стандарта упразднена. Некоторые критерии стандарта перенесены в стандарты 15 и 19 новой редакции
18.	Медицинская документация. Медицинская документация составляется своевременно и способствует преемственности медицинской помощи	14	Медицинская документация. Медицинская документация составляется своевременно и способствует преемственности медицинской помощи
2)	Содержание медицинской карты стандартизируется в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации. Каждая запись в медицинской карте подписывается автором с указанием даты и времени *	2)	Содержание медицинской карты стандартизируется в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации *
3)	Все проведенные лечебные мероприятия и медикаментозная терапия своевременно документируются в медицинской карте пациента *	3)	Все лечебно-диагностические назначения, проведенные диагностические мероприятия, медикаментозная терапия, включая иные лечебные мероприятия, своевременно документируются в медицинской карте пациента
5)	В медицинской организации проводится клинический аудит качества, своевременности и полноты записей в медицинских картах (смотреть подпункт 3) пункта 8 настоящего Стандарта) *	5)	В бумажных вариантах медицинских карт каждая запись подписывается автором с указанием даты и времени

19.	Анализ данных. Проводится проверка достоверности данных и их статистический анализ	15.	Анализ и доступ к информации. Проводится проверка достоверности данных, а также обеспечивается доступ персонала к информации
2)	Ответственные лица, выполняющие проверку достоверности данных, обучены, имеют достаточный опыт и компетенцию **	2)	Руководство организации обеспечивает доступность для персонала информации о действующих процедурах организации в электронном и (или) печатном формате
5)	При отсутствии специального подразделения определяются ответственные лица по статистическому анализу собираемых данных и своевременному предоставлению их заинтересованным сторонам **	5)	Персонал задействованный в оказании медицинских услуг участвует в сборе данных по индикаторам (например, заведующий отделением радиологии отчитывается по индикаторам в своем отделе ответственному лицу в отделе менеджмента качества)

20. Штатное расписание. Штатное расписание соответствует организационной структуре, миссии и деятельности медицинской организации	16. Штатное расписание. Штатное расписание соответствует организационной структуре, миссии и деятельности медицинской организации
2) Штатное расписание соответствует организационной структуре и деятельности медицинской организации	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) ***
3) В медицинской организации утверждаются квалификационные требования к должностям в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	3) В медицинской организации утверждаются и исполняются квалификационные требования к должностям в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***
4) Пересмотр штатного расписания руководством медицинской организации проводится на основании заявок руководителей структурных подразделений, анализа соответствия штатного расписания производственным нуждам (определение уровня укомплектованности персоналом; необходимого уровня стажа и компетентности; расчет эффективной и рациональной структуры должностей персонала) ***	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
5) На каждый вид должности, включая внештатных работников, совместителей, консультантов, слушателей резидентуры, руководством медицинской организации утверждается должностная инструкция с указанием квалификационных требований (образование, обучение, знания, навыки и опыт) и функций, специфичных для данной должности **	5) Координация взаимодействия персонала структурных подразделений обеспечиваются положениями о подразделениях (где указаны функции и услуги подразделений, а также подотчётность персонала), должностными инструкциями, правилами и процедурами организации

21.		17	
2)	Персонал медицинской организации соответствует квалификационным требованиям должностной инструкции к занимаемой должности. Копия подписанной персоналом должностной инструкции имеется в кадровой службе	2)	Персонал медицинской организации, а также привлекаемые специалисты на договорной основе, соответствует квалификационным требованиям должностной инструкции к занимаемой должности. Оригинал подписанной персоналом должностной инструкции имеется в кадровой службе
4)	Определяются потребности персонала в обучении. Обучение проводится на базе или вне медицинской организации	4)	В медицинской организации определяются потребности персонала в обучении. Обучение персонала планируется, составляется список персонала требующих прохождения обучения и/или повышения квалификации и планируется необходимый бюджет **
5)	Руководством разрабатываются и внедряются процедуры для мотивации персонала медицинской организации и укрепления корпоративного духа (смотреть подпункты 1), 5) пункта 6 и подпункт 5) пункта 14 настоящего Стандарта)	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)

22.	Личное дело персонала. Руководством медицинской организации установлен процесс формирования, хранения и обновления личных дел персонала	18.	Личное дело персонала. Руководством медицинской организации установлен процесс формирования, хранения и обновления личных дел персонала, а также специалистов, привлекаемых на договорной основе
1)	Личные дела персонала медицинской организации хранятся в соответствии с утвержденными внутренними процедурами медицинской организации. Содержание личных дел стандартизировано	1)	Личные дела персонала медицинской организации, а также специалистов, привлекаемых на договорной основе, хранятся в соответствии с утвержденными внутренними процедурами медицинской организации. Содержание личных дел стандартизировано
2)	Личные дела медицинского персонала, включая внештатных работников, совместителей, консультантов, слушателей резидентуры содержат сертификат специалиста, сведения об образовании, трудовом стаже и квалификации персонала	2)	Личные дела медицинского персонала, а также специалистов, привлекаемых на договорной основе и слушателей резидентуры, содержат сертификат специалиста, сведения об образовании, трудовом стаже и квалификации персонала
3)	Личное дело каждого медицинского работника содержит доказательство проверки подлинности у первоисточника документов об образовании работника, в соответствии с требованиями должностной инструкции	3)	Личные дела 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
4)	Личное дело каждого медицинского работника содержит результаты оценки деятельности персонала, проводимые один раз в год	4)	Личное дело каждого медицинского работника, а также специалистов, привлекаемых на договорной основе, содержит результаты оценки деятельности персонала, проводимые один раз в год
5)	Личное дело каждого медицинского работника содержит записи о проведении обучения на базе медицинской организации и вне организации	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 МРТ, привлекаемый в рамках договора на «вторую читку»)

23.	Инструктаж. Медицинская организация проводит инструктаж каждого работника для ознакомления с организацией	19.	Инструктаж. Медицинская организация проводит инструктаж каждого поступающего работника по различным направлениям медицинской организации и использует наглядные материалы для инструктажа (презентации и (или) видеоматериалы)
1)	В медицинской организации разрабатываются и используются учебные материалы (письменные и (или) видеоматериалы) для проведения инструктажа	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 ***
2)	Все штатные и внештатные медицинские работники, совместители, консультанты, студенты, слушатели резидентуры, лица, обучающиеся на базе медицинской организации, проходят инструктаж и обучение для ознакомления с медицинской организацией, со своими должностными обязанностями (для работников) и основными требованиями по безопасности **	2)	Все штатные работники, работники, привлекаемые на договорной основе, обучающие лица на базе медицинской организации, проходят инструктаж и обучение для ознакомления с медицинской организацией, со своими должностными обязанностями (для работников) и основными требованиями по безопасности и инфекционного контроля**. Ответственность за инструктаж обучающихся на базе медицинской организации может быть возложен на их кураторов.
3)	Инструктаж персонала включает противопожарную безопасность, готовность к чрезвычайным ситуациям и соблюдение правил техники безопасности на рабочем месте	3)	Инструктаж персонала включает противопожарную безопасность, готовность к чрезвычайным ситуациям (землетрясения и наводнения где применимо) и соблюдение правил техники безопасности на рабочем месте
4)	Инструктаж персонала включает вопросы инфекционного контроля и требования по безопасной работе с медицинским оборудованием	4)	Инструктаж персонала включает вопросы инфекционного контроля
5)	Инструктаж персонала медицинской организации включает ознакомление с программой повышения качества медицинской помощи и безопасности пациента	5)	Инструктаж персонала медицинской организации включает ознакомление с программой повышения качества медицинской помощи и безопасности пациента

26		22	
2)	Медицинская организация проводит оценку безопасности рабочих мест в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	2)	<p>Медицинская организация проводит оценку безопасности рабочих мест в соответствии с законодательством Республики Казахстан и обеспечивает безопасные условия труда от физических и технических причин травматизма (профилактика падения, мероприятия по защите от удара током, использование алгоритмов и необходимого оборудования по переносу пациентов и тяжелых предметов с целью сохранности здоровья опорно-двигательного аппарата задействованного персонала, защита от воздействие высокого уровня шума и другие).</p> <p>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)</p>
3)	Медицинская организация проводит мониторинг рабочей нагрузки, оказывает психологическую поддержку персонала для минимизации стресса и его контроля (антистрессовая комната, комната духовного уединения и другие) *	3)	<p>Медицинская организация проводит оценку безопасности рабочих мест в соответствии с законодательством Республики Казахстан и обеспечивает безопасные условия труда от биологических и химических причин травматизма (вакцинация, алгоритмы безопасности при уколе иглой, безопасность от воздействия токсикологических лекарственных средств)</p> <p>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)</p>
4)	Медицинская организация создает условия и проводит мероприятия для персонала по продвижению здорового образа жизни (спортивные мероприятия, мероприятия направленные против табакокурения и другие) **	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 и другие) *
5)	Медицинская организация обеспечивает защиту персонала от вредных и (или) опасных производственных факторов и принимает меры по предотвращению производственного травматизма **	5)	Медицинская организация создает условия и проводит мероприятия для персонала по продвижению здорового образа жизни (спортивные мероприятия, мероприятия направленные против табакокурения и другие) **

27.	Внештатные работники.		Редакция стандарта упразднена. Критерии стандарта перенесены и объединены с требованиями 18 стандарта новой редакции
	Стандарта перенесен и изменен из 4 главы (69 стандарт предыдущей редакции)	23.	Контроль образовательного процесса студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации.
1)	Руководством медицинской организации разрабатываются процедуры по осуществлению контроля студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации	1)	Руководством медицинской организации разрабатываются и осуществляются процедуры контроля студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации *
2)	Имеются списки студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации и документы, подтверждающие их учебный статус **	2)	Персонал ответственный за обучение студентов ознакомлен с данными процедурами **
3)	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) **	3)	У кадровой службы имеется список ответственных лиц (из числа сотрудников кафедры и (или) преподавателей) ответственных за осуществление контроля образовательного процесса на базе медицинской организации **
4)	Медицинская организация определяет ответственных лиц для осуществления контроля образовательного процесса на базе медицинской организации	4)	Ответственные лица за осуществление контроля образовательного процесса на базе медицинской организации имеют списки обучающихся с подписями проведенного инструктажа по вопросам соблюдения конфиденциальности, инфекционной и пожарной безопасности **
5)	Студенты, слушатели резидентуры, другие лица, обучающиеся на базе медицинской организации, проходят инструктаж с целью обеспечения безопасности пациентов (гигиена рук, применение средств индивидуальной защиты) **	5)	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 **

28.		24.	
2)	В каждом договоре прописываются требования к поставщикам, объему и качеству предоставляемых услуг или товаров **	2)	В медицинской организации реализуется механизм отчетности по договорам со стороны получателей услуг и товаров ответственному лицу по курации договоров (например, заведующий лабораторией дает оценку исполнения договор по полученным реагентам ответственному лицу по курации договоров) *
3)	В каждом договоре прописываются индикаторы, на основании которых медицинская организация проводит мониторинг договора и оценку качества услуг или товаров поставщика **	3)	К каждому договору или технической спецификации к договору прописываются требования и индикаторы, на основании которых медицинская организация проводит мониторинг договора и оценку качества услуг или товаров поставщика, и принимаются управленческие решения **
4)	Результаты мониторинга договоров на основе установленных индикаторов доводятся до сведения руководства медицинской организации **	4)	Ведется перечень всех договоров с внешними организациями или лицами, задействованных в оказании медицинских услуг пациентам, включая диагностические, лечебные, консультативные и другие услуги
5)	При несоответствии качества услуг или товаров поставщика требованиям медицинской организации, принимаются меры по устранению несоответствий вплоть до расторжения договора с поставщиком	5)	Существует механизм подотчетности и коммуникации с внешними организациями или лицами, задействованных в оказании медицинских услуг пациентам, включая диагностические, лечебные, консультативные и другие услуги для координации и оценки оказываемых услуг

Глава 3: Управление безопасностью		Глава 3: Управление безопасностью	
Параграф 1. Инфекционный контроль		Параграф 1. Инфекционный контроль	
29.	Комиссия по инфекционному контролю. Комиссия по инфекционному контролю координирует выполнение программ и алгоритмов по инфекционному контролю	25.	Мероприятия по инфекционному контролю. Мероприятия по инфекционному контролю определены и исполняются ответственным персоналом медицинской организации.
1)	Медицинская организация проводит анализ результатов инфекционного контроля и эпидемиологической обстановки за год, включающий оценку эпидемиологических рисков **	1)	Руководством медицинской организации или комиссией по инфекционному контролю разрабатывается и утверждается план работы (план мероприятий) по инфекционному контролю, включающие достижимые и измеримые мероприятия в целях снижения рисков инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (далее – ИСМП) **
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 **	2)	План работы (план мероприятий) по инфекционному контролю, включающие достижимые и измеримые мероприятия в целях снижения снижению рисков ИСМП, исполняется, показатели плана контролируются и в случае необходимости принимаются меры по улучшению
3)	Проводится мониторинг инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (внутрибольничные инфекции), в том числе связанных с использованием дыхательной аппаратуры, применением катетеров, а также вызванных резистентными микроорганизмами и другими приоритетными для организации инфекциями **	3)	Медицинской организацией определены эпидемиологические риски и (или) риски ИСМП, а также план мероприятий по их устранению
4)	Комиссия по инфекционному контролю проводит анализ данных по внутрибольничным инфекциям и на их основании принимает меры для повышения инфекционной безопасности пациента **	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

30		26.	
3)	<p>Информация о выявленных инфекционных заболеваниях своевременно предоставляются в территориальные департаменты Комитета охраны общественного здоровья уполномоченного органа в области здравоохранения в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***</p>	3)	<p>Информация о выявленных инфекционных заболеваниях своевременно предоставляются в территориальные департаменты уполномоченного органа в области здравоохранения ответственного за санитарно-эпидемиологическое благополучие населения в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***</p>
5)	<p>Руководством медицинской организации утвержден ответственный персонал за своевременное предоставление результатов инфекционного контроля в уполномоченный орган в области здравоохранения</p>	5)	<p>Разработаны и исполняются превентивные меры по сохранению здоровья персонала, включая вакцинацию, предотвращение укола иглой, оперативные мероприятия в случае укола иглой или попадание биологических жидкостей пациента на слизистые оболочки или в кровеносную систему медицинского работника</p>

31.	Процедуры по инфекционному контролю. Медицинская организация разрабатывает, утверждает и внедряет процедуры и алгоритмы в области инфекционного контроля	27.	Процедуры по инфекционному контролю. Процедуры инфекционного контроля обеспечивают защиту персонала и пациентов.
2)	Процедуры и алгоритмы медицинской организации в области инфекционного контроля разрабатываются в соответствии с законодательством Республики Казахстан *	2)	Средства индивидуальной защиты используются персоналом в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации
3)	В медицинской организации в наличии имеется достаточное количество средств индивидуальной защиты	3)	В медицинской организации в наличии имеется достаточное количество средств индивидуальной защиты и установленных антисептиков (смотреть подпункт 4) пункта 26 настоящего Стандарта)
4)	В местах обработки рук установлены раковины с проточной водой, мылом, антисептиками, салфетками или другими средствами для сушки рук	4)	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)
5)	Средства индивидуальной защиты используются персоналом в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации	5)	Одноразовые изделия утилизируются (исключается повторное использование) после использования в соответствии с утвержденными процедурами организации и требованиями законодательства Республики Казахстан * (перенесено из 32 стандарта, критерий 2)

32.		28.	
2)	Одноразовые изделия утилизируются (исключается повторное использование) после использования в соответствии с утвержденными процедурами организации и требованиями законодательства Республики Казахстан *	2)	Емкости (тары) с дезинфицирующими растворами промаркированы с указанием состава и даты разведения. Дата разведения не превышает рекомендаций, указанных в инструкции дезинфицирующего средства
4)	Качество предстерилизационной очистки и стерилизации контролируется с применением химических и (или) биологических индикаторов **	4)	Качество предстерилизационной очистки и стерилизации контролируется с применением химических и (или) биологических индикаторов ** Внедрен процесс идентификации стерильных и не стерильных биксов

33.		29.	
2)	<p>Помещение для централизованного сбора опасных медицинских отходов соответствует требованиям законодательства Республики Казахстан (используются закрытые мусорные контейнеры, достаточная вентиляция воздуха, соблюдается температурный режим)</p>	2)	<p>Помещение для централизованного сбора медицинских отходов соответствует требованиям законодательства Республики Казахстан *** (для медицинских организаций с количеством более 50 посещений 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)</p>
3)	<p>Отходы утилизируются безопасным образом в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***</p> <p>Острые, колющие и режущие предметы утилизируются в специальных контейнерах для безопасного сбора и утилизации отходов</p>	3)	<p>Отходы утилизируются безопасным образом в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***</p> <p>Острые, колющие и режущие медицинские отходы и предметы утилизируются в специальные водонепроницаемые и не прокалываемые одноразовые емкости, заполняемые не более чем на три четвертых объема и по заполнению, плотно закрываются крышкой</p>
4)	<p>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</p>	4)	<p>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</p>

34.	Инженерные системы и ремонтные работы.		Редакция стандарта упразднена по причине дуближа его требований с другими стандартами
35.	Процедура изоляции. В медицинской организации разрабатываются и внедряются процедуры и алгоритмы по изоляции (инфекционных) пациентов	30	Фильтр. В медицинской организации оказывающей первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) прикрепленному населению обеспечены условия для разделения потоков пациентов имеющих и не имеющих признаки заразных инфекционных заболеваний согласно законодательства в области санитарно-эпидемиологических требований Республики Казахстан ***
1)	Персонал медицинской организации обучается процедурам и алгоритмам по изоляции инфекционных пациентов	1)	В медицинских организациях оказывающим первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) прикрепленному населению организована "грязная" и "чистая" зоны, где фильтр относится к «грязной зоне», а все остальные помещения организации относятся к "чистой" зоне. Фильтр оборудованы отдельным входом/выходом
2)	В медицинской организации имеется фильтр с отдельным входом и (или) изолятор с боксом для изоляции пациентов с инфекцией	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. 3) "чистая" зона включает в состав раздевалку, комнату выдачи СИЗ. 4) "грязная" зона включает в себя комнату снятия СИЗ, комнату сбора СИЗ
3)	В зоне нахождения инфекционного пациента имеются средства индивидуальной защиты, визуальный знак информирующий персонал и посетителей о риске инфекционного заражения. Процедура изоляции включает строгое соблюдение правил обработки рук	3)	Санпропускники, фильтры и изолятор оснащены в необходимом количестве СИЗ, средствами для мытья и обработки рук: антисептики, мыло, средства для сушки рук, раковина с подводом горячей и холодной воды, мусорное урно, оснащенными педалью, а также визуальный знак информирующий персонал и посетителей о риске инфекционного заражения
4)	Пациенты с инфекцией и ухаживающие за ними лица обучаются вопросам инфекционного контроля, включая правилам обработки рук и требованиям к пациентам по изоляции **	4)	Персонал медицинской организации осведомлён о процедурах и алгоритмах по изоляции инфекционных пациентов
5)	Уборка, обработка помещения и предметов во время нахождения инфекционного пациента и после его выписки проводятся согласно законодательству в области санитарно-эпидемиологических требований Республики Казахстан ***	5)	После каждого пациента проводится заключительная дезинфекция рабочих поверхностей и помещений грязной зоны. Контаминированные СИЗы одноразового использования дезинфицируются и утилизируются. Проводится кварцевание с последующим проветриванием помещений не менее 15 минут.

36.		31.	
2)	Знания персонала медицинской организации по инфекционному контролю тестируются ежегодно	2)	При приеме нового персонала проводится его инструктаж по вопросам инфекционного контроля
3)	Проводится обучение пациентов, законных представителей пациента по вопросам инфекционного контроля	3)	Пациентам и их законным представителям доступна информация о правильной гигиене рук, этикете кашля и чихания и (или) других вопросов инфекционного контроля (например, на экранах телевизоров в холлах ожидания и палатах при наличии, буклетах, стендах и других средствах коммуникации)
4)	В случае ухудшения показателей индикаторов мониторинга инфекционного контроля, в медицинской организации проводится дополнительное обучение медицинского персонала	4)	В случае ухудшения показателей индикаторов мониторинга инфекционного контроля, в медицинской организации проводится дополнительное обучение медицинского персонала по вопросам инфекционного контроля

	Новый стандарт.	32.	Готовность к эпидемиям и пандемиям. Медицинская организация оказывающих ПМСП готова к необходимым ответным действиям обеспечивающих 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)
		2)	Через официальный сайт медицинской организации обслуживаемое население и персонал имеют доступ к информации по использованию приложений или программ для удаленного осмотра пациентов медицинским персоналом (например приложения Zoom, WhatsApp и другие программы обеспечивающих видео-коммуникацию). Критерий оценивается при карантинных условиях во время эпидемий и пандемий.
		3)	Ответственным лицом (-ми) проводится мониторинг соблюдения персонала стандартных мер предосторожности и правильного применения СИЗ и при необходимости обеспечение механизмов их совершенствования
		4)	Медицинская организация информирует пациентов правильному соблюдению гигиены рук, респираторному этикету, соблюдению физической дистанции и другим стандартным мерам предосторожности. Медицинская организация информирует пациентов и прикрепленное население признакам инфекционного заболевания, являющегося причиной эпидемиологической вспышки – данное требование оценивается при карантинных условиях во время эпидемий и пандемий
		5)	Медицинская организация имеет необходимый запас СИЗ и средств для гигиены рук или имеет договор на их незамедлительную поставку в случае возникновения карантинных условий.

Параграф 2. Безопасность здания		Параграф 2. Безопасность здания	
2)	Программа по безопасности зданий разрабатывается 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 *	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 *
3)	Программа по безопасности зданий пересматривается ежегодно с определением приоритетных на каждый год направлений работы *	3)	Руководством медицинской организации определены и исполняются ключевые мероприятия по улучшению безопасности зданий. Ключевые мероприятия по улучшению безопасности зданий пересматривается и определяются ежегодно
5)	Руководитель медицинской организации ежегодно направляет отчет в Орган управления медицинской организации о выполнении Программы по безопасности зданий с указанием проведенных ключевых работ и существующих проблем (рисков) безопасности зданий и окружающей среды. В случае, если Орган управления и руководитель медицинской организации являются одним лицом, то отчет предоставляет Комиссия по безопасности здания или должностное лицо, ответственное за выполнение Программы по безопасности зданий **	5)	Руководитель медицинской организации раз в полгода направляет отчет в Орган управления медицинской организации о выполнении Программы по безопасности зданий с указанием проведенных ключевых работ и существующих проблем (рисков) безопасности зданий и окружающей среды. В случае, если Орган управления и руководитель медицинской организации являются одним лицом, то отчет предоставляет Комиссия по безопасности здания или должностное лицо, ответственное за выполнение Программы по безопасности зданий **

38.	Безопасность окружающей среды. Здание (я) и территория медицинской организации являются безопасными и комфортными для пациентов, персонала и посетителей *	34.	Безопасность здания и окружающей среды. Здание (я) и территория медицинской организации обеспечивают безопасное предоставление медицинских услуг
2)	Случаи производственного травматизма и другие подлежащие отчетности сведения сообщаются в уполномоченные органы	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
3)	Комиссия по безопасности зданий ежеквартально инспектирует (тестирует) здания и помещения, инженерные системы и оборудование с последующим документированием результатов проведенной инспекции	3)	Инженерные системы, оборудование и прочие предметы регулярно обновляются и поддерживаются на безопасном уровне
4)	Здания и помещения, инженерные системы, оборудование и прочие предметы регулярно обновляются и поддерживаются на безопасном уровне	4)	Как минимум в течение последних 5 лет здания и помещения проходят текущей и плановой ремонт или запланирован бюджет для прохождения текущего и планового ремонта с указанием срока освоения, составлением проектно-сметной документации

	Новый стандарт.	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 повреждению
		2)	Стены и потолки в коридорах, палатах, смотровых и процедурных кабинетах не имеют повреждений, пятен и дефектов представляющие эпидемиологические риски и риски повреждения стен
		3)	Постельное белье и койки способствуют комфортному и безопасному пребыванию пациентов
		4)	Туалеты и санитарные узлы обеспечивают приватное пребывание пациента и посетителей, укомплектованы и оборудованы средствами для гигиены
		5)	В зонах ожидания пациентов (общих коридорах ожиданиях) в организациях более 150 помещений в смену присутствует приточно-вытяжной вентиляции с механическим побуждением, обеспечивающая оптимальные условия микроклимата и воздушной среды

39.		36.	
5)	Сотрудники охранной службы обучаются действиям при чрезвычайных ситуациях (при кодах по безопасности), а также оказанию первой помощи **	5)	<p>Сотрудники охранной службы и персонал обучаются стандартизированным действиям при кодах безопасности (слаженные мероприятия персонала обеспечивающих спасение пациента(ов), персонала и посетителей) **</p> <p>Код синий – мероприятия персонала по оказанию своевременной реанимационной помощи при остановке сердца, дыхания, судорожном синдроме</p> <p>Код красный – мероприятия персонала по оповещению и тушению пожара, эвакуации пациентов и посетителей</p> <p>Код розовый – оперативный поиск потерявшихся детей и престарелых в здании и на территории медицинской организации</p> <p>Код белый – оперативная защита персонала и пациентов от агрессивных пациентов</p>
40.	Пожарная безопасность. Внедряется программа по снижению пожарного риска и задымления	37.	Пожарная безопасность. Внедряется программа по снижению пожарного риска и задымления в здании (ях) в соответствии с законодательством Республики Казахстан
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	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)
4)	Для ограничения распространения дыма и огня устанавливаются противопожарные двери, используются огнеупорные материалы, минимизируется использование возгораемых материалов	4)	Персонал демонстрирует знания по соблюдению алгоритмов действий при пожаре, включая использование огнетушителей, эвакуации, правила по использованию пожарных гидрантов, правила отключения кислорода

<p>46. Обучение персонала по безопасности зданий. Проводится обучение, тестирование знаний персонала медицинской организации для поддержания безопасности зданий и окружающей среды</p>	<p>38. Обучение персонала по пожарной безопасности и безопасности зданий. Проводится обучение персонала медицинской организации для поддержания безопасности зданий и окружающей среды (стандарт перенесен из 46 в 38 и изменен)</p>
<p>1) Персонал обучается правилам обращения с опасными материалами</p>	<p>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</p>
<p>2) Персонал обучается действиям при пожаре, включая сообщение о пожаре, навыкам применения огнетушителей и эвакуации пациентов</p>	<p>2) Персонал обучается и демонстрирует действия, выполняемые при пожаре, включая сообщение о пожаре, навыки применения огнетушителя</p>
<p>3) Персонал обучается работе с оборудованием и коммунальными (инженерными) системами, включая действия при чрезвычайных ситуациях</p>	<p>3) Персонал обучается и демонстрирует знания по вопросам эвакуации пациентов, информирован о расположении пожарных выходов, правилах использования пожарных гидрантов, правилах отключения кислорода</p>
<p>4) Штатный и внештатный персонал, студенты, слушатели резидентуры, лица, обучающиеся на базе медицинской организации, арендаторы помещений, волонтеры и посетители обучаются правилам безопасности при нахождении в здании и на территории медицинской организации</p>	<p>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</p>
<p>5) Ежегодно, в соответствии с утвержденными руководством медицинской организации процедурами, проводится тестирование знаний персонала по правилам безопасности при нахождении в здании и на территории медицинской организации</p>	<p>5) Определено ответственное лицо за проведение инструктажа и плановое обучение по пожарной безопасности. Инструктаж и плановое обучение исполняются **</p>

41.		39.	
1)	<p>Медицинская организация определяет значимые для региона виды чрезвычайных ситуаций в виде оценки рисков с указанием вероятности возникновения, уровня разрушительной силы (последствий) и степени готовности организации к значимым для региона видам чрезвычайных ситуаций **</p>	1)	<p>Медицинская организация определяет значимый(-ые) вид(-ы) чрезвычайной ситуации, которая может произойти в или на территории медицинской организации и определяет степень готовности к данной чрезвычайной ситуации **</p>
4)	<p>В медицинской организации ежегодно проходят практические учения персонала по принимаемым действиям при чрезвычайных ситуациях: оказание экстренной медицинской помощи, готовность использования альтернативных источников воды и электричества, проверка готовности системы оповещения, **</p>	4)	<p>В медицинской организации разрабатывается план действий при чрезвычайной (-ых) ситуации (-ях), которая может произойти на территории организации или в ее регионе (например, землетрясение, наводнение, ураганы, пожары, производственный травматизм в предприятии обслуживаемой медицинской организацией). Раз в год проходят практические учения согласно плану действий при чрезвычайной ситуации **</p>

42.	Опасные материалы и отходы. Обращение с опасными материалами и отходами осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан, и обеспечивается безопасность людей и окружающей среды ***	40.	Опасные материалы и не биологические отходы. Обращение с опасными материалами и не биологическими отходами осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан, и обеспечивается безопасность людей и окружающей среды ***
1)	Определяется список всех опасных материалов и отходов (включая огнеопасные материалы) медицинской организации с указанием названий (состава), мер предосторожности и мер первой помощи при аварийных ситуациях, мест хранения, максимально допустимого объема хранения и применимых для маркировки предупреждающих знаков	1)	Определяется список опасных материалов и не биологических отходов (радиоактивные диагностические материалы, радиотерапевтические материалы, цитотоксические препараты, ртуть, горючие газы (включая кислород), спирт в больших объемах в одной емкости) медицинской организации с указанием названий (состава), мер предосторожности, мест хранения и применимых для маркировки предупреждающих знаков
2)	Прописываются требования к обращению с опасными материалами, включая их маркировку, хранение, ношение защитных средств при работе, транспортировке, утилизации *	2)	Прописываются и исполняются требования к обращению с опасными материалами, включая их маркировку, хранение, ношение защитных средств при работе, транспортировке, утилизации *
3)	Все опасные материалы и отходы маркируются с указанием названия (состава), срока годности и применимых предупреждающих знаков	3)	Все опасные материалы и отходы маркируются с указанием названия (состава), срока годности (если применимо) и применимых предупреждающих знаков
4)	В местах применения опасных материалов имеется доступная информация по мерам предосторожности и алгоритмам оказания первой медицинской помощи	4)	В местах применения опасных материалов имеется доступная информация по мерам предосторожности в виде информационных знаков
5)	Медицинский персонал обучается действиям при разлиии опасного материала, включая быстрый сбор (обеззараживание) и сообщение об инциденте ответственным должностным лицам	5)	Определены ответственные лица по обращению с опасными материалами и не медицинскими отходами, соблюдающие установленные требования по обращению с опасными материалами и не медицинскими отходами. Ответственные лица обучают алгоритмам по сбору опасных материалов и не биологических отходов в случае их разливов персонал, работающий с данными материалами и отходами**

43.	Медицинское оборудование. Безопасность медицинского оборудования обеспечивается путем тестирования, калибровки, поддержания в рабочем состоянии и обучения персонала	41.	Медицинское оборудование и приборы. Безопасность медицинского оборудования и приборов обеспечивается путем тестирования, калибровки, поверки, поддержания в рабочем состоянии и обучения персонала
1)	Внедряется программа по обеспечению безопасности медицинского оборудования	1)	Холодильные оборудования (включая холодильные камеры), используемые в организации, оснащены приборами для контроля температуры (электронными приборами или термометрами)
2)	Определяется список и ведется учет всего медицинского оборудования	2)	Приборы для контроля температуры калибруются и поверяются минимум один раз в год
3)	<p>Проводится и документируется профилактическое обслуживание, тестирование, калибровка, поддержание, ремонт медицинского оборудования:</p> <p>профилактическое обслуживание каждой единицы оборудования проводится с частотой согласно инструкции производителя или чаще;</p> <p>частота профилактического обслуживания прописана в документах медицинской организации;</p> <p>график профилактического обслуживания оборудования составляется ежегодно **</p>	3)	<p>Проводится и документируется профилактическое обслуживание, тестирование, калибровка, поддержание, ремонт медицинского оборудования:</p> <p>профилактическое обслуживание каждой единицы оборудования проводится с частотой согласно инструкции производителя или чаще;</p> <p>частота профилактического обслуживания прописана в документах медицинской организации;</p> <p>график профилактического обслуживания оборудования составляется ежегодно;</p> <p>определяется список и ведется учет всего медицинского оборудования **</p>
4)	<p>Проводится обучение персонала безопасной работе с медицинским оборудованием в соответствии с процедурами, утверждёнными руководством медицинской организации.</p> <p>Обученный и компетентный персонал допускается к работе с медицинским оборудованием *</p>	4)	Проводится обучение персонала, работающего с оборудованием безопасной работе с медицинским оборудованием. Обученный и компетентный персонал допускается к работе с медицинским оборудованием **
5)	Внедряется система оповещения пользователей и принятия мер при отзыве, поломке и прочих случаях, связанных с медицинским оборудованием (например, риск возгорания) *	5)	Установлен и исполняется персоналом четкий алгоритм оповещения руководства о поломке или неисправности оборудования. Заключены договора на ремонт медицинского оборудования **

44.		42.	
3)	Проводится мониторинг системы вентиляции с документированием результатов проведенного мониторинга	3)	<p>Ответственными лицами медицинской организации проводится мониторинг системы вентиляции с документированием результатов проведенного мониторинга</p> <p>Раз в год проводится полная очистка системы кондиционирования у всех кондиционеров</p>
4)	Для предупреждения пылевого загрязнения в системе вентиляции устанавливаются фильтры, которые меняются с частотой согласно рекомендации производителя	4)	<p>Для предупреждения пылевого загрязнения в системе вентиляции устанавливаются фильтры, которые меняются с частотой согласно рекомендации производителя</p> <p>В случае если применение фильтров в системе вентиляции не применимо, то установлены и проверяются на периодичной основе защитные сетки</p> <p>Фильтры кондиционеров меняются или очищаются согласно рекомендациям производителя</p>
5)	Коммунальные и инженерные системы маркируются для облегчения частичного или полного отключения при чрезвычайных ситуациях	5)	Коммунальные и инженерные системы, регулирующие и отвечающие за общее обеспечение, маркируются для облегчения частичного или полного отключения при чрезвычайных ситуациях

45.	Вода и электричество. В медицинской организации обеспечивается непрерывный доступ к воде и электричеству, включая их альтернативные источники	43.	Вода и электричество. В медицинской организации обеспечивается непрерывный доступ к воде и электричеству, включая их альтернативные источники
2)	В медицинской организации определяются зоны и услуги, для которых наиболее важно водоснабжение и электроснабжение из альтернативных источников **	2)	В медицинской организации определяются зоны и услуги, для которых наиболее важно электроснабжение из альтернативного источников. Обеспечен доступ и (или) подключение альтернативного источника электроснабжения к выбранным зонам и услугам **
3)	Альтернативные источники водоснабжения тестируются ежеквартально **	3)	Альтернативные источники электроснабжения тестируются ежеквартально, имеется необходимый запас топлива для выработки электричества из альтернативного источника **
4)	Альтернативные источники электроснабжения тестируются ежеквартально, имеется необходимый запас топлива для выработки электричества из альтернативного источника **	4)	<p>Имеется договор об обеспечении медицинской организации привозной водой в случае отключения централизованного водоснабжения. Разработаны алгоритмы доставки привозной воды в места пользования **</p> <p>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</p>
5)	Система очистки воды, используемая в отделении (центре) диализа, соответствует стандарту организации оказания нефрологической помощи населению Республики Казахстан ***	5)	Система очистки воды, используемая в отделении (центре) диализа, соответствует стандарту организации оказания нефрологической помощи населению Республики Казахстан ***

48.		45.	
1)	<p>Все лекарственные средства и изделия медицинского назначения хранятся с указанием названия (содержания), срока годности в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан**</p>	1)	<p>Все лекарственные средства и изделия медицинского назначения хранятся с указанием названия (содержания), установленными сроками годности.</p> <p>В помещениях хранения лекарственные средства хранятся отдельно:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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
49.		46.	
4)	<p>Руководством медицинской организации утверждается и контролируется порядок отзыва лекарственных средств и изделий медицинского назначения в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации *</p>	4)	<p>Наборы лекарственных средств и изделий медицинского назначения для экстренных случаев хранятся вместе (или рядом) с утвержденными руководством алгоритмами по их применению в зависимости от вида экстренного случая (алгоритм действий при анафилактическом шоке, остановке сердца и другие)</p>

50.		47.	
2)	В медицинской организации разработана и утверждена руководством организации процедура контроля правильности заполнения листов врачебных назначений или рецептов *	2)	Опрошенный врачебный и медсестринский персонал демонстрирует знание по требованиям к назначению лекарственных средств
3)	Разрабатываются и утверждаются руководством медицинской организации процедуры, применяемые при устном назначении лекарственных средств в экстренных ситуациях *	3)	В медицинской организации выполняется процедура контроля правильности заполнения листов врачебных назначений или рецептов
5)	Проводится выборочный клинический аудит листов врачебных назначений в текущих и закрытых медицинских картах на предмет соблюдения процедур организации и безопасности пациента **	5)	Установлены и соблюдаются алгоритмы, применяемые при устном назначении лекарственных средств в экстренных ситуациях и обеспечивающих принципы надежной передачи и приема информации (устное повторение услышанного назначения)

51.	Приготовление лекарственных средств. Лекарственные средства готовятся в безопасной и чистой обстановке	48.	Приготовление и введение лекарственных средств. Лекарственные средства готовятся в безопасной и чистой обстановке, введение лекарственных средств руководствуется принципам безопасности пациента
1)	Лекарственные средства готовятся (разводятся, фасуются) в чистой и безопасной рабочей зоне с необходимым оборудованием и изделиями	1)	Процедурные кабинеты и (или) места разведения и приготовления лекарственных средств являются чистой и безопасной рабочей зоной
2)	Медицинский персонал, готовящий стерильные лекарственные средства, обучаются принципам приготовления лекарственных средств и методам асептики **	2)	Медицинский персонал следует алгоритмам и этапам гигиены рук при приготовлении и введении пациенту лекарственных средств
5)	Прописывается процесс самостоятельного введения пациентом лекарственных средств (ингалятор или инсулиновая ручка) *	5)	Прописывается процесс самостоятельного введения пациентом лекарственных средств (ингалятор или инсулиновая ручка) *. Пациенты с соответствующей патологией подтверждают, что обучены самостоятельному применению ингалятора или инсулиновой ручки согласно прописанному процессу

52.	Мониторинг и обучение обращения с лекарственными средствами. Проводится мониторинг эффекта лекарственных средств и периодическое обучение пациентов и персонала в зависимости от потребности	49.	Мониторинг действия лекарственного средства. Проводится мониторинг эффекта лекарственных средств и информирование пациента о действии лекарственного средства
2)	Проводится обучение пациента по вопросам приема лекарственных средств, включая обучение по рекомендуемым лекарственным средствам после выписки **	2)	Проводится информирование пациента по вопросам вводимого лекарственного средства, (внутривенно, перорально, внутримышечно, ингаляционно). Пациент подтверждает, что он информирован для чего и с какой целью вводится и (или) принимается назначенное лекарственное средство(-а)
3)	В медицинской организации внедрен процесс выявления, сообщения и анализа потенциальных ошибок и ошибок	3)	В медицинской организации внедрен процесс выявления, сообщения и анализа потенциальных ошибок и ошибок, связанных с назначением или введением лекарственных средств
5)	В медицинской организации врачи, медицинские сестры и прочий персонал, вовлеченные в обращение с лекарственными средствами, обучаются по вопросам обращения с лекарственными средствами в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации **	5)	Исполняются процедуры по проведению мониторинга эффекта лекарственных средств и побочных эффектов **. Данные по побочным эффектам собираются и принимаются мероприятия по анализу и улучшению

53.		50.	
2)	Программа или руководство по контролю антибиотиков разрабатывается коллективно (с участием врачей и (или) клинического фармаколога, специалистов по инфекционному контролю, микробиологии) в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации	2)	Программа или руководство по контролю антибиотиков разрабатывается коллективно (с участием врачей и (или) клинического фармаколога, специалистов по инфекционному контролю, микробиологии)
3)	Врачи и другие пользователи обучаются требованиям программы или руководства по контролю антибиотиков	3)	Медицинские карты регулярно просматриваются на предмет выполнения программы или руководства по контролю антибиотиков
4)	Медицинские карты регулярно просматриваются на предмет выполнения программы или руководства по контролю антибиотиков	4)	Врачи и другие пользователи информированы о требованиях программы или руководства по контролю антибиотиков

Глава 4. Лечение и уход за пациентом		Глава 4. Лечение и уход за пациентом	
Параграф 1. Безопасность пациентов		Параграф 1. Безопасность пациентов	
54.		51.	
1)	Руководством медицинской организации утверждается стандартная операционная процедура (далее – СОП) идентификации пациента, описывающая процесс идентификации пациента с применением не менее двух идентификаторов 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. СОП также описывает процедуру идентификации людей, поступающих в медицинскую организацию экстренно без сознания и без документов, а также запрет на использование коек и палат в качестве идентификаторов пациента *
2)	Пациент идентифицируется в соответствии с СОП перед каждой процедурой, операцией, инъекцией, приемом лекарственного средства, взятием биоматериала и других ситуациях	2)	Пациент идентифицируется в соответствии с СОП перед каждой процедурой, операцией, инъекцией, приемом лекарственного средства, взятием биоматериала и других ситуациях. Сестринский и врачебный персонал демонстрируют осведомлённость о процедурах по идентификации пациента
4)	Идентификация пациента облегчается путем использования идентификационного браслета с двумя идентификаторами, либо через другие альтернативные способы идентификации пациента, утвержденные руководством медицинской организации	4)	В дневном стационаре идентификация пациента облегчается путем использования идентификационного браслета с двумя идентификаторами, либо через другие альтернативные способы идентификации пациента, утвержденные руководством медицинской организации
5)	Процесс идентификации пациента контролируется через индикаторы, которые применяются для повышения безопасности пациента. Индикаторы выбираются в зависимости от используемых способов идентификации пациента **	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 или другие.

55.		52.	
4)	<p>Разрабатываются и внедряются СОП по передаче информации между медицинскими работниками при передаче ухода за пациентом, пациентами, лицами, осуществляющими уход за пациентом</p>	4)	<p>Разрабатываются 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 витальных показателей пациента и других показателей (если применимо) при передаче пациента (критерий применим для медицинских организаций, оказывающих анестезиологическое пособие и хирургическое лечение)</p>

56.	53.
<p>1) Разрабатывается СОП, описывающая обращение с лекарственными средствами высокого риска *</p> <p>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</p>	<p>1) Разрабатывается и исполняется СОП, описывающая обращение с лекарственными средствами высокого риска *</p> <p>Процедура включает: маркировку лекарственных средств высокого риска; хранение лекарственных средств высокого риска; назначение и применение – если есть особенности; список лекарственных средств высокого риска*</p>
<p>2) Разрабатывается СОП, описывающая обращение с концентрированными электролитами *</p> <p>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</p>	<p>2) Разрабатывается и исполняется СОП, описывающая обращение с концентрированными электролитами *</p> <p>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*</p>
<p>3) Разрабатывается СОП, описывающая обращение с лекарственными средствами со схожим названием и схожей упаковкой.</p> <p>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 *</p>	<p>3) Разрабатывается и исполняется СОП, описывающая обращение с лекарственными средствами со схожим названием и схожей упаковкой.</p> <p>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*</p>
<p>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</p>	<p>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</p>

57.		54.	
1)	<p>В медицинской организации разрабатываются СОП, описывающие процесс маркировки места 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 *</p>	1)	<p>В медицинской организации разрабатываются и исполняются СОП, описывающая процесс маркировки места 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 *</p>
58.	<p>Снизить риск инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи через обработку рук. Безопасность пациентов повышается за счет комплексной программы обработки рук для предотвращения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи</p>	55.	<p>Гигиена рук. Безопасность пациентов повышается за счет комплексных мероприятий по гигиене рук для предотвращения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи</p>

59.	Снизить риск вреда вследствие падений пациента. Безопасность повышается за счет первичной и повторной оценки риска падения у пациентов группы риска, а также за счет профилактических мероприятий и безопасной окружающей среды	56.	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)	Разрабатывается СОП профилактики падений, которая направлена на предотвращение падений и травм от падений. Персонал медицинской организации обучается данным СОП *	1)	Определяются группы пациентов амбулаторно-поликлинической службы, для которых организуются профилактические меры минимизирующие риски их падения в организации (сопровождение, выдача колясок, тростей, костылей, маркировка первой и последней лестницы и (или) другие мероприятия) *
2)	Процедуры по профилактике падений имеют четкие требования к оценке риска падения	2)	Процедура оценки риска падения имеет четкие критерии и проводится пациентам дневного стационара, а также пациентам, получающим услуги высокого риска
3)	Оценка и переоценка риска падения выполняются, когда это требуется и своевременно документируются в медицинской карте **	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 **
5)	Профилактика падений и число падений контролируются через индикатор (ы), которые применяются для повышения безопасности пациента **	5)	Мероприятия по профилактике падений контролируются через индикатор (-ы), которые применяются для повышения безопасности пациента **

60.	Доступ к медицинской помощи для лиц с ограниченными возможностями. Доступ к медицинской помощи облегчается для лиц с ограниченными возможностями	57.	Доступ к медицинской помощи. Доступ к медицинской помощи облегчается в том числе и для лиц с ограниченными возможностями
1)	Вход в здание имеет пути, доступные для инвалидных колясок, поручни и перила	1)	Вход в здание оборудованы путями и пандусами, доступные для людей с ограниченными возможностями в соответствии с законодательством Республики Казахстан *** и распоряжениями местных исполнительных органов
3)	Разрабатываются и утверждаются руководством медицинской организации процедуры по обеспечению сопровождения лиц с ограниченными возможностями	3)	Исполняются процедуры по обеспечению сопровождения лиц с ограниченными возможностями (смотреть подпункт 4) пункта 56 настоящего Стандарта)
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	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

61.	Процедуры по правам пациента. Медицинская организация разрабатывает и внедряет процедуры, направленные на соблюдение прав пациента в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	58.	Процедуры по правам и обязанностям пациента. Медицинская организация разрабатывает и внедряет процедуры, направленные на соблюдение прав пациента и информировании об их обязанностях в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***
1)	Медицинская организация разрабатывает и внедряет процедуры, направленные на соблюдение прав пациента и включает в этот процесс пациентов и их законных представителей **	1)	Медицинская организация обеспечивает доступность информации для пациентов о своих правах и обязанностях в местах наглядной агитации **
2)	Информация о правах пациента и их законных представителях размещена на государственном и русском языках в соответствии с законодательством Республики Казахстан **	2)	Информация о правах пациента и их законных представителей в местах агитации размещена на государственном и русском языках в соответствии с законодательством Республики Казахстан **
3)	Пациенты информируются о своих правах и солидарной ответственности за свое здоровье, которая включает информирование врача о предыдущих заболеваниях, лечении, обследованиях, а также необходимость следования рекомендациям медицинского персонала	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 61 настоящего Стандарта)
4)	Медицинская организация соблюдает права пациентов по предоставлению их законным представителям информации относительно их лечения в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации *	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 61 настоящего Стандарта)
5)	Весь персонал осведомлен о правах пациента и их законных представителей	5)	Весь персонал осведомлен и обучен правам пациента и их законных представителей, включающий права на приватность и конфиденциальность, уважительное отношение, безопасность и полный доступ к информации касательно его лечения **

62.	Доступ к получению медицинской помощи. Выявляются и снижаются риски доступности медицинской помощи (возрастные, физические, языковые, культурные и другие ограничения пациентов) и сохранности имущества пациентов	59.	Барьеры и предпочтения. Выявляются и снижаются риски доступности медицинской помощи (возрастные, физические, языковые, культурные и другие ограничения пациентов) и конфиденциальности
1)	Здание медицинской организации и прилегающая к ней территория оборудованы необходимыми информационными и указательными знаками	1)	Здание(-я), помещения здания(й) (коридоры, холлы) медицинской организации и прилегающая к ней территория оборудованы необходимыми информационными и указательными знаками
2)	При обращении пациентов с коммуникативными проблемами (языковой барьер, глухонемые и т.д.) медицинская организация предпринимает все необходимые меры для обеспечения их надлежащей медицинской помощью	2)	При обращении пациентов с коммуникативными проблемами (языковой барьер, потеря слуха, потеря речи и т.д.) медицинская организация предпринимает все необходимые меры для обеспечения их надлежащей медицинской помощью
3)	Медицинский персонал не ограничивает культурные или духовные предпочтения пациентов и не препятствует пациентам в доступе к духовной помощи	3)	Медицинский персонал не ограничивает культурные или духовные предпочтения пациентов и не препятствует пациентам в доступе к духовной помощи. Осмотр пациента, лечебное и диагностические процедуры учитывают культурные и религиозные убеждения
4)	Функционирует система охраны и материальной ответственности должностных лиц медицинской организации, обеспечивающих защиту имущества пациентов от кражи и утери	4)	Медицинская организация обеспечивает приватность пациента в процессе лечения и предоставления ухода, включая потребность в приватности по культурным и религиозным убеждениям
5)	Организация выявляет другие ограничения в медицинском уходе и принимает меры по их снижению	5)	При поступлении пациента в дневной стационар, средний медицинский персонал проводит инструктаж пациента о режиме работе отделения, гигиене рук, расположении санитарных узлов, профилактике падений, кнопках вызова, правах пациента, информация о лечащем враче. Инструктаж документируется в медицинской карте пациента с подписью пациента (например, в отдельной форме медицинской карте, журнале или на обратной стороне общего информированного согласия)

63.	Приватность и конфиденциальность информации. Соблюдаются права пациента на неприкосновенность частной жизни (приватность), конфиденциальность информации, достойное и уважительное отношение к пациенту		Редакция стандарта упразднена. Основные требования стандарта отражены в новой редакции стандартов 58 и 13
64.		60.	
1)	В организации существует и используется процесс приема обращений от пациентов и их законных представителей относительно нарушения прав пациента **	1)	В организации существует и используется процесс приема обращений от пациентов и их законных представителей относительно нарушения прав пациента, персонал осведомлен о данном процессе
2)	Руководством медицинской организации утверждаются процедуры по процессу сбора, приоритизации и рассмотрения обращений пациентов и их законных представителей в соответствии с законодательством Республики Казахстан *	2)	Информация о процедуре подачи обращений доступна для пациентов. Регистратура (-ы) имеет журналы обращений и предоставляет их пациентам по запросу
3)	Обращения пациентов и их законных представителей рассматриваются своевременно и объективно в течение периода времени, определенного законодательством Республики Казахстан ***	3)	Обращения пациентов и их законных представителей рассматриваются своевременно и объективно в течение периода времени, определенного законодательством Республики Казахстан ***
4)	Персоналом службы поддержки пациента и контроля качества проводится сбор, обработка, анализ и мониторинг обращений в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации. Результаты анализа используются для повышения качества медицинских услуг	4)	Персоналом службы поддержки пациента и контроля качества проводится сбор, обработка, анализ и мониторинг обращений в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации.
5)	Результаты анализа обращений используются для повышения качества медицинских услуг организации здравоохранения	5)	Результаты анализа обращений используются для повышения качества медицинских услуг организации здравоохранения

65. Информированное добровольное согласие пациента на медицинские услуги. Медицинской организацией внедряются процедуры получения общего информированного добровольного согласия пациента на медицинские услуги	61. Общее информированное добровольное согласие пациента на медицинские услуги. Медицинской организацией внедряются процедуры получения общего информированного добровольного согласия пациента на медицинские услуги
1) Процесс получения информированного добровольного согласия пациента или их законного представителя определяется в процедурах, утвержденных руководством медицинской организации, в соответствии с законодательством Республики Казахстан *	1) Процесс получения общего информированного добровольного согласия пациента или его законного представителя определяется в процедурах, утвержденных руководством медицинской организации *
2) Пациенты медицинской организации осведомлены о процедуре получения добровольного информированного согласия на медицинские услуги в данной медицинской организации	2) Пациенты медицинской организации подтверждают, что прошли процедуру ознакомления с общим информированным добровольным согласием и его подписанием
3) Ответственный медицинский персонал обучен процессу получения общего информированного добровольного согласия пациента или их законного представителя на медицинские услуги, используя понятные и доступные для пациента пояснения	3) Персонал первой линии (регистраторы, медицинские сестры) обучены и исполняют процесс получения общего информированного добровольного согласия пациента или их законного представителя на медицинские услуги
4) При ознакомлении с информированным добровольным согласием пациенты или их законные представители информируются об исследованиях, процедурах и лечении, требующих отдельного специального информированного согласия	4) При ознакомлении с общим информированным добровольным 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 об основных правах и обязанностях (смотреть подпункт 3) пункта 58 настоящего Стандарта)
5) В информированном добровольном согласии пациента или их законного представителя дополнительно оговаривается возможность проведения фото- и видеосъемки в целях безопасности или иных целях	5) Для обслуживания прикрепленного населения в рамках ПМСП разработаны и исполняются процедуры получения общего информированного добровольного согласия, обеспечивающие его действенность в течение года

66.		62.	
1)	Руководством медицинской организации утверждаются процедуры, описывающие получение специального информированного добровольного согласия пациента и их законных представителей	1)	Руководством медицинской организации утверждаются и исполняются процедуры, описывающие получение специального информированного добровольного согласия пациента и их законных представителей врачом который будет проводить операцию, анестезию и (или) другую процедуру высокого риска. Определен перечень процедур, требующих получения специального информированного согласия
2)	Руководством медицинской организации утверждается список процедур высокого риска, требующих получение специального добровольного информированного согласия пациента в соответствии с законодательством Республики Казахстан. Список разрабатывается совместно врачами и лицами, которые оказывают процедуры и лечение высокого риска *	2)	Формы и содержание специальных информированных согласий разрабатываются совместно с врачами и лицами, которые оказывают процедуры и лечение высокого риска **. Опрашиваемый персонал демонстрирует осведомленность о процедуре получения специального информированного согласия
3)	Ответственный медицинский персонал обучены процессу получения специального информированного добровольного согласия пациента или их законных представителей на процедуры высокого риска, используя понятное и доступное изложение	3)	Пациенты медицинской организации подтверждают, что прошли процедуру ознакомления со специальным информированным согласием и его подписанием

67.	Отказ от лечения. Пациент информирован о праве на отказ от предложенной медицинской помощи	63.	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) в соответствии с законодательством Республики Казахстан *	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 *
2)	Отказ от медицинской помощи с указанием возможных неблагоприятных последствий для здоровья оформляется записью в медицинских документах и подписывается пациентом либо его законным представителем, а также задействованным медицинским работником в соответствии с утвержденными руководством процедурами медицинской организации *	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 утвержденными руководством процедурами медицинской организации
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 *	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 утвержденным процедурам медицинской организации *
4)	В медицинской организации существует процесс документирования отказа пациента от определенного лечения, части лечения, инвазивной процедуры или от госпитализации	4)	При отказе от лечения или части лечения, медицинский персонал информирует его об альтернативных видах лечения, возможных рисках и осложнениях вследствие отказа и документирует
5)	Медицинский персонал уважает право пациента отказаться от лечения и информирует его об альтернативных видах лечения, возможных рисках и осложнениях вследствие отказа	5)	Персонал демонстрирует осведомленность о своих действиях при отказе пациента от лечения или части лечения, а также при запросе предоставить информацию о процессе проводимого лечения для возможного получения второго мнения

68.	Научные исследования. Участие пациента в научных исследованиях или экспериментальном лечении проводится в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	Редакция стандарта упразднена.
69.	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	Стандарт изменен и перенесен в 23 стандарт новой редакции

НОВЫЙ

Параграф 3. Организация Первичная медико-санитарная помощи прикрепленному населению

64. Распределение нагрузки. Распределение нагрузки на медицинский персонал способствуют качественной первичной медико-санитарной помощи в соответствии с законодательством Республики Казахстан

1)	Количество прикрепленного населения на одного врача общей практики не превышает 1 700 человек смешенного населения или соответствует требованиям законодательства Республики Казахстан	
2)	Количество прикрепленного населения на одного участкового терапевта не превышает 2 200 человек или соответствует требованиям законодательства Республики Казахстан	
3)	Количество прикрепленного населения на одного участкового педиатра 500 детей от 0 до 6 лет или соответствует требованиям законодательства Республики Казахстан	
4)	Количество прикрепленного населения на одного участкового педиатра 900 детей от 0 до 14 лет или соответствует требованиям законодательства Республики Казахстан	
5)	Руководство медицинской организации планирует ресурсы и бюджет в целях поддержки уровня прикрепленного население к количеству врачебного персонала согласно требованию настоящего стандарта для своевременного и качественного оказания услуг (смотреть подпункт 4) пункта 11 настоящего Стандарта)	

НОВЫЙ

65. Универсально-прогрессивная модель патронажа беременных, новорожденных и детей до 5 лет. Средним медицинским персоналом исполняется схема универсально-прогрессивной модели патронажа беременных, новорожденных и детей до 5 лет согласно законодательству Республики Казахстан ***

1)	Универсальный пакет патронажа осуществляет 2 осмотра беременных в сроки до 12 недель и 32 недели беременности	I
2)	Универсальный пакет патронажа детей до 5 лет осуществляется: В первые 3 дня после выписки из родильного дома 7 дней жизни 1-2 месяца 3 месяца 6 месяцев 12 месяцев 18 месяцев 24 месяца 36 месяцев	II
3)	Прогрессивный пакет патронажа обеспечивает визит на дому беременных из группы риска согласно индивидуальному плану средним медицинским персоналом или социальным работником	II
4)	Прогрессивный пакет патронажа обеспечивает визит на дому новорожденных и детей до 5 лет из группы риска средним медицинским персоналом, социальным работником или врачом согласно индивидуальному плану и исходя из индивидуальной потребности ребенка.	II
5)	Средний медицинский персонал ответственный за интегрированное ведение болезней детского возраста (ИБДВ) обучен основным принципам ИБДВ	I

76.

66.

Новый

67. 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 | '' |
| 2) | Персоналом проводится оповещение целевых групп взрослого населения о необходимости и условиях прохождения профилактических медицинских осмотров | '' |
| 3) | Персоналом проводится приглашение целевой группы населения на профилактический медицинский осмотр | '' |
| 4) | Персоналом проводится инструктаж о необходимых подготовительных действиях со стороны пациента перед проведением осмотра | '' |
| 5) | Для лиц с выявленной патологией проводится дообследование и постановка на диспансерное наблюдение с заполнением данных в медицинскую информационную систему | '' |

Новый

68. Безопасность прививочных процедур. Прививочные кабинеты безопасны для проведения прививочных процедур и соответствуют требованиям национального законодательства

1)	Прививочные кабинеты оборудованы раковинами с подводкой холодной и горячей воды с установкой локтевых и бесконтактных кранов со смесителями, локтевым дозатором с антисептиком для обработки рук, средствами для сушки рук, а также ККБСУ.	II
2)	В прививочном кабинете имеется термоконтейнер для временного хранения иммунобиологических препаратов профилактического действия (анатоксины, вакцины, иммуноглобулины, иммунных сыворотки, далее – ИБППД) в случае аварийного отключения электроэнергии или поломки холодильника	I
3)	Срок хранения ИБППД в медицинской организации не превышает одного месяца со дня поступления, в прививочных пунктах (школы, детские сады и другие организации для детей) не превышает одной недели со дня поступления	I
4)	Руководством медицинской организации проводится работа по контролю сохранности холодовой цепи от производителя до поставки в медицинскую организацию	I
5)	Прививочные кабинеты обеспечиваются наборами для неотложной и противошоковой терапии с инструкцией по их применению	I

Новый

69. Амбулаторно-поликлиническая помощь для пациентов с болезнями сердца. На уровне ПМСП организована работа по наблюдению, ведению и лечению пациентов с болезнями.

1)	На уровне ПМСП установлено наличие кабинета кардиолога. Врач-кардиолог осуществляет прием и лечение пациентов с болезнями сердца и курирует прохождение необходимого комплекса диагностических, лабораторных и инструментальных исследований в соответствии с протоколами диагностики и лечения	II
1)	Осуществляется своевременная диспансеризация кардиологических пациентов	II
1)	Проводятся профилактические осмотры и скрининговые исследования населения на болезни системы кровообращения, в том числе ишемическую болезнь сердца, артериальную гипертензию и сахарный диабет	II
1)	ПМСП ежеквартально проводит мероприятия среди населения, направленные на первичную и вторичную профилактику болезней системы кровообращения	II
1)	ПМСП осуществляет деятельность Школы здоровья (школа артериальной гипертензии, сахарного диабета и другие) для пациентов с факторами риска, состоящих на диспансерном учете. Ведется журнал регистрации занятий и участников с фотоотчетами (смотреть подпункт 4) пункта 10 настоящего Стандарта)	III

70. Онкологическая служба на уровне амбулаторно-клинического приема. Онкологическая служба обеспечивает своевременное реагирование согласно законодательству Республики Казахстан

1)	Ведётся журнал регистрации пациентов с подозрением на онкологическое заболевание, выявленным на уровне врача общей практики и онколога **	II
1)	Ведется документация по пациентам, состоящим на диспансерном учете с хроническими и предраковыми заболеваниями, журнал диспансеризации, актуализируются база регистра диспансерных больных	III
1)	При подозрении или выявлении опухолевого заболевания специалисты ПМСП в течение 5 рабочих дней с момента выявления направляют пациента к онкологу, в случае отсутствия в штатах онколога к координатору оказания онкологической помощи (далее – КООП)	II
1)	КООП назначается из числа медицинских работников организации, оказывающей ПМСП или консультативно-диагностическую помощь, прошедших курсы повышения квалификации по онконастороженности и ранней диагностике злокачественных новообразований	I
1)	Онколог/КООП в течение 7 рабочих дней проводит осмотр и необходимые исследования и по результатам направляет пациента в самостоятельный городской/областной онкологический центр/диспансер или в составе многопрофильных больниц (далее – онкологический центр) для подтверждения диагноза и определения последующей тактики ведения и лечения	II

Параграф 4. Организация амбулаторной службы

71. 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
1)	Персонал первой линии (регистраторы, медицинские сестры, охрана) осведомлены о правилах триажа	I
1)	Медицинская организация имеет специальные зоны триажа для оказания первой помощи срочным и экстренным пациентам.	I
1)	Путь к зонам триажа для оказания первой помощи срочным и экстренным пациентам сопровождается маршрутной визуализацией от регистратуры	II
1)	Зоны триажа оборудованы или имеют незамедлительный доступ к необходимым ЛС, ИМН и оборудованию для оказания первой помощи (смотреть пункт 82 настоящего Стандарта)	I

70.	Приём амбулаторных пациентов. Процесс приема амбулаторных пациентов стандартизован	72.	Организация приема амбулаторных пациентов. Процесс приема амбулаторных пациентов стандартизован и улучшается
1)	В медицинской организации разрабатываются и внедряются процедуры по распределению потоков пациентов при направлении на лечебные, консультативные и диагностические услуги, регистрации пациентов	1)	Пациенты ПМСП имеют возможность записи на прием к врачу общей практики, терапевту и педиатру через интернет посредством медицинских информационных платформ и систем
4)	В медицинской организации проводятся профилактические медицинские осмотры целевых групп населения, скрининговые осмотры	4)	Службой качества проводится внутренний мониторинг ожидания пациентов приема или услуг. Руководство медицинской организации принимает меры, основанные на анализе мониторинга
5)	В медицинской организации разрабатываются и внедряются процедуры по диспансеризации населения	5)	Организовано эффективное распределение потоков пациентов посредством визуальной маршрутизации по отделениям, кабинетам и службам

71.	Специалисты первичной медико-санитарной помощи (врач общей практики, участковый врач-терапевт/педиатр, участковая медицинская сестра/медицинская сестра общей практики, акушер (-ка), фельдшер) осуществляют деятельность в соответствии с законодательством Республики Казахстан	Редакция стандарта упразднена. Требования стандарта дополнены и описаны в Параграфе 3 Главы 4 новой редакции
-----	---	--

72.	Консультация амбулаторных пациентов. Процесс регистрации, осмотра и ведения амбулаторных пациентов стандартизируются	73.	Организация консультаций и осмотров. Процесс регистрации, осмотра и ведения амбулаторных пациентов стандартизируются
1)	Внедряются процедуры, описывающие процесс регистрации, осмотра и ведения амбулаторных пациентов *	1)	Внедряются процедуры, описывающие процесс регистрации, осмотра и ведения амбулаторных пациентов, включая работу медицинских электронных информационных системах по ведению пациентов *
3)	Врач, осматривающий пациента по основному заболеванию, координирует лечение пациента на амбулаторном этапе	3)	Квалифицированные специалисты проводят осмотры на основе их образования, квалификации и навыков, подтвержденных документами (смотреть подпункты 2 и 3 пункта 18 настоящего Стандарта)
4)	При выполнении назначений лекарственных средств в поликлинике, дневном стационаре, процедурных кабинетах соблюдаются единые процедуры медицинской организации по назначению, документации выполненного назначения и мониторингу состояния пациента	4)	Врач, осматривающий пациента по основному заболеванию, координирует лечение пациента на амбулаторном этапе и направляет на консультации узких специалистов (при показаниях)
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	5)	Установлен процесс консультации узких специалистов и диагностических процедур, способствующий целостности ухода и своевременному внесению данных в медицинскую карту пациента *

73.	<p>Пациенты группы риска. Медицинская организация определяет пациентов группы риска и процедуры высокого риска (процедуры, которые имеют высокую вероятность причинения вреда жизни или здоровью пациента и требуют повышенного внимания со стороны медицинского персонала и пациента).</p>	78.	<p>В новой редакции стандарт изменен и перенесен в 78 стандарт новой редакции.</p> <p>Пациенты группы риска и процедуры высокого риска. Медицинская организация определяет пациентов группы риска и процедуры высокого риска (процедуры, которые имеют высокую вероятность причинения вреда жизни или здоровью пациента, а также представляющий риск нанесения вреда процессу диагностики и (или) лечению и требуют повышенного внимания со стороны медицинского персонала и пациента) на уровне амбулатории и дневного стационара</p>
1)	<p>Руководством медицинской организации определяются пациенты группы риска, которые по причине своего состояния, возрастных или физических особенностей не способны выразить свое мнение, либо существует риск резкого ухудшения состояния их здоровья за короткий промежуток времени</p>	1)	<p>Руководством медицинской организации определяются пациенты группы риска, которые по причине своего состояния (включая риск падения, аллергии, иммунодефицит) возрастных или физических особенностей не способны выразить свое мнение, либо существует риск резкого ухудшения состояния их здоровья за короткий промежуток времени</p>
5)	<p>В медицинской организации утвержден перечень процедур высокой степени риска *</p>	5)	<p>В медицинской организации утвержден перечень процедур высокого риска, а также процедур представляющий риск нанесения вреда процессу диагностики и (или) лечению. Медицинская организация идентифицирует риски, связанные с данными процедурами, и в случае наличия рисков принимает меры по их устранению и (или) уменьшению (смотреть пункт 62 настоящего Стандарта).</p> <p>Процедуры высокого риска, а также процедуры представляющий риск нанесения вреда процессу диагностики и (или) лечению включают (по мере применимости):</p> <ul style="list-style-type: none"> хирургические операции; анестезиологические процедуры; применение ионизирующих излучений, радиоактивных изотопов и ядерной медицины; использование цитотоксических лекарственных средств; 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 / травмы от использования лазеров; управление кровью и ее компонентами

74.	В медицинской организации проводится первичный осмотр и медицинская сортировка пациентов (триаж). Первичный осмотр является информативным для определения потребностей пациента и составления первоначального плана лечения *	74.	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 осуществляется ответственными лицами в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	1)	Первичный осмотр, записи первичного осмотра лечащего врача и узких специалистов соответствует правилам медицинской организации обеспечивающих исполнение требований стандартов аккредитации и законодательства Республики Казахстан
2)	Запись первичного осмотра ответственным лицом вносится в медицинскую карту пациента в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	2)	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
3)	Записи в медицинской карте, включая осмотры, являются доступными медицинскому персоналу, задействованному в лечении и уходе за пациентом	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
4)	Квалифицированные специалисты проводят осмотры на основе их образования, квалификации и навыков, подтвержденных документами	4)	Пациенты вовлекаются в план лечения и ухода путем объяснения назначенного лечения в доступной форме, возможностью задавать вопросы и предоставления рекомендаций по поиску источников информации касательно предоставляемого лечения. Пациенты подтверждают, что были вовлечены в составление плана лечения и ухода
5)	Идентификационные данные ответственного лица осуществляющего первичный осмотр зафиксированы в форме первичного осмотра ***	5)	План лечения соответствует требованиям клинических протоколов, утвержденных руководством медицинской организации (смотреть пункт 9 настоящего Стандарта)

75.	План лечения и ухода. Индивидуальный план лечения своевременно документируется и включает в себя цели или желаемые результаты лечения *	Редакция стандарта упразднена. Некоторые критерии стандарта перенесены с стандарт 74 новой редакции
76.	Программа управления хроническими неинфекционными заболеваниями. Внедряется программа управления хроническими неинфекционными заболеваниями для обеспечения партнерских отношений пациентов с медицинским персоналом и повышения качества оказания медицинской помощи *	Стандарт перенесен в 66 стандарт новой редакции

77.	Повторные осмотры пациента. Состояние пациента наблюдается и документируется в динамике	75.	Повторные осмотры пациента. Состояние амбулаторного пациента и пациента дневного стационара наблюдается и документируется в динамике
2)	Повторные осмотры пациента проводятся регулярно в течение острой фазы заболевания и при хронической неострой фазе заболевания, в соответствии с процедурами медицинской организации в зависимости от состояния пациента *	2)	Пациент или его представители информируется и осведомлены о динамике проводимого лечения и его результатах
3)	План лечения обновляется в зависимости от состояния, диагноза пациента или на основе новой информации и по результатам повторных осмотров	3)	<p>План лечения обновляется в зависимости от состояния, диагноза пациента или на основе новой информации и по результатам повторных осмотров.</p> <p>Частота повторных осмотров средним и врачебным медицинским персоналом в дневном стационаре стандартизировано с учетом состояния пациента</p>
4)	Повторные осмотры пациента документируются в виде дневниковых записей врача (если применимо, также дневниковых записей медицинской сестры) с указанием состояния пациента в динамике	4)	Повторные осмотры пациента документируются в формах повторного осмотра на амбулаторно-поликлиническом уровне или дневниковых записей врача на уровне дневного стационара с указанием состояния пациента в динамике. Повторные осмотры и дневниковые записи соответствуют правилам организации обеспечивающих требования стандартов аккредитации и законодательства Республики Казахстан
5)	При появлении признаков ухудшения состояния пациента принимаются соответствующие меры в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации	5)	<p>При появлении признаков ухудшения состояния пациента принимаются соответствующие меры в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации.</p> <p>В случае экстренного перевода пациента на другой уровень ухода, заполняется форма с указанием витальных показателей пациента на момент передачи пациента в скорую службу, а также оказанное лечение</p>

78.	Планирование выписки (для дневного стационара). Планирование выписки осуществляется в процессе лечения *	76.	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	1)	Планирование выписки начинается с пункта первого контакта пациента с медицинской организацией, обновляется по мере необходимости и документируется в медицинской карте пациента
2)	Процесс планирования выписки, в соответствии утвержденными процедурами медицинской организации, осуществляется с участием пациента и (или) их законными представителями. Если есть высокий риск смерти пациента, план лечения учитывает потребности умирающего пациента по купированию боли и прочих симптомов по оказанию социальной, психологической, духовной и культурной помощи; помощь оказывается с уважением и состраданием	2)	Если есть высокий риск смерти пациента, план лечения и выписки учитывает потребности умирающего пациента по купированию боли и прочих симптомов по оказанию социальной, психологической, духовной и культурной помощи
3)	Планирование выписки включает взаимодействие с медицинскими организациями или другими учреждениями в целях содействия непрерывности медицинской помощи	3)	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
4)	Планирование выписки учитывает социальные, духовные и культурные потребности пациента. Если есть высокий риск смерти пациента, медицинская организация взаимодействует с другими учреждениями для оказания социальной, психологической, духовной и культурной поддержки пациенту	4)	Амбулаторные пациенты и пациенты дневного стационара вовлекаются в процедуры плановой госпитализации, путем предоставления подробной информации о процессе госпитализации, а также необходимых действиях со стороны пациента и медицинской организации
5)	Планирование выписки документируется в медицинской карте и обновляется по мере необходимости	5)	Амбулаторные пациенты и пациенты дневного стационара вовлекается в процедуры перевод на другой уровень ухода (например, реабилитация или другие типы организаций здравоохранения по уходу и лечению за пациентами), путем предоставления им или их представителям подробной информации о процессе перевод на другой уровень ухода, а также необходимых действиях со стороны пациента и медицинской организации

79.	Выписка из медицинской карты амбулаторного больного (выписной эпикриз). Выписной эпикриз содержит ключевую информацию об оказанной медицинской помощи *	77.	Выписка из медицинской карты пациента дневного стационара. Выписной эпикриз содержит ключевую информацию об оказанной медицинской помощи
1)	Готовность пациента к выписке определяется состоянием пациента и показаниями к выписке	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 80 и 81 настоящего Стандарта)
2)	Выписной эпикриз содержит причину госпитализации, основной диагноз, сопутствующие заболевания, ключевые данные осмотров, обследований, проведенное лечение, основные принятые лекарственные средства	2)	Выписной эпикриз содержит причину госпитализации в дневной стационар, основной диагноз, сопутствующие заболевания, ключевые данные осмотров, обследований, проведенное лечение, основные принятые лекарственные средства

80.	Перевод и транспортировка пациента. Перевод пациента согласовывается с принимающей организацией и обеспечивается безопасность транспортировки пациента *		Редакция стандарта упразднена. Требования стандарта частично отражены в стандарте 75 новой редакции
81.	Обучение пациента. Медицинская организация проводит непрерывное обучение пациентов и лиц, осуществляющих уход за пациентом, качественному, безопасному уходу		Редакция стандарта упразднена. Требования стандарта частично отражены в: критерии 2) стандарта 49 новой редакции критерии 4) стандарта 62 новой редакции критерии 4) стандарт 74 новой редакции

82.		79.	
4)	Осуществляется доступность услуг по седации и анестезии в экстренных ситуациях	4)	Реанимационной помощь (оборудование, лекарственные средства, изделия медицинского назначения и специалисты) доступна при оказании анестезии и седации (смотреть пункт 82 настоящего Стандарта)
84.		81.	
2)	В СОП перечисляются все места, где проводится седация для сопровождения болезненных процедур (процедурная седация) *	2)	В правилах медицинской организации по организации анестезии и седации перечислены все места, где проводится седация для сопровождения болезненных процедур *
3)	При проведении процедурной седации в наличие имеются лекарственные средства и изделия медицинского назначения для оказания экстренной помощи	3)	При проведении седации доступны лекарственные средства, изделия медицинского назначения, оборудование и специалист (-ы) для оказания экстренной реанимационной помощи (смотреть пункт 82 настоящего Стандарта)
4)	Процедурная седация осуществляется лицом, владеющим навыками углубленной реанимационной помощи (врач-анестезиолог, либо врач с действующим сертификатом по углубленной сердечно-легочной реанимации)	4)	Седация осуществляется лицом, владеющим навыками углубленной реанимационной помощи (врач-анестезиолог, либо врач с действующим сертификатом по углубленной сердечно-легочной реанимации)

85.	Услуги по оказанию экстренной медицинской помощи являются доступными по всей организации *	82.	Услуги по оказанию экстренной медицинской помощи (Код синий). Услуги по оказанию экстренной медицинской помощи являются доступными по всей организации *
1)	В часы работы на территории медицинской организации являются доступными услуги экстренной медицинской помощи	1)	В часы работы на территории медицинской организации является доступна служба экстренной медицинской помощи
3)	Медицинской организацией внедряются процедуры, описывающие порядок оказания базовой сердечно-легочной реанимации	3)	Медицинской организацией внедряются процедуры, описывающие порядок оповещение ответственных лиц за оказание расширенной сердечно-легочной реанимации и оперативную доставку необходимых лекарственных средств, изделий медицинского назначения и оборудования *
4)	В структурных подразделениях медицинской организации определяются лица, ответственные за проведение базовой сердечно-легочной реанимации	4)	Раз в полугодие или чаще проводятся практические учения Код синий, включающие оповещение ответственных лиц за оказание расширенной сердечно-легочной реанимации, оперативную доставку необходимых лекарственных средств, изделий медицинского назначения и оборудования в точку назначения, оперативное прибытие ответственного персонала и оказание базовой и расширенной сердечно-легочной реанимации. По результатам учений принимаются меры по улучшению
5)	Медицинский персонал организации здравоохранения обучается оказанию базовой сердечно-легочной реанимации	5)	Медицинский персонал и персонал первой линии (регистраторы, охрана) обучены оказанию базовой сердечно-легочной реанимации

86. Хирургическое вмешательство. Протокол операции составляется своевременно и подробно *	83. Хирургическая служба. Хирургическая служба обеспечивает безопасность пациентов
1) До начала операции врачом проводится предоперационный осмотр и документирование его в виде предоперационного эпикриза в медицинской карте	1) Хирургическая службой определены риски, связанные оказанием хирургической операции или процедурой высокого риска (например, риски, связанные с состоянием и укомплектованностью хирургическим оборудованием, инструментарием, ИМН, организационными процедурами), с внесением в реестр и/или план управления рисками. Имеются доказательства исполнения мероприятий по управлению установленных рисков (смотреть пункт 8 настоящего Стандарта)
2) В предоперационном эпикризе содержатся обоснование или причина операции, предоперационный диагноз, название планируемой операции	2) Хирургический персонал проводит оперативные вмешательства согласно установленным клиническим привилегиям (смотреть подпункт 1 пункта 20 настоящего Стандарта)
3) Оформляется специальное информированное добровольное согласие пациента на хирургическое вмешательство (пациенту говорится о преимуществах, рисках, возможных осложнениях и альтернативах предлагаемого метода лечения) **	3) До начала операции врачом проводится предоперационный осмотр и документирование его в виде предоперационного эпикриза в медицинской карте. В предоперационном эпикризе содержатся обоснование или причина операции, предоперационный диагноз, название планируемой операции
4) В течение трех часов после окончания операции, до того, как пациент покинет зону пробуждения, составляется и документируется протокол операции	4) Оформляется специальное информированное добровольное согласие пациента на хирургическое вмешательство (пациенту говорится о преимуществах, рисках, возможных осложнениях и альтернативах предлагаемого метода лечения) (смотреть пункт 62 настоящего Стандарта) **
5) Протокол операции оформляется в соответствии с утвержденными руководством процедурами медицинской организации	5) Протокол операции оформляется в день проведения операции и в соответствии с утвержденными руководством процедурами медицинской организации

87.		84.	
1)	Послеоперационный план лечения и ухода составляется врачом совместно с медицинской сестрой и другими задействованными специалистами	1)	Послеоперационный план лечения и ухода за пациентом содержит перечень лечебных мероприятий, а также указания по уходу за данным пациентом
2)	Послеоперационный план лечения и ухода за пациентом содержит полный перечень лечебных мероприятий, указания по уходу и питанию за данным пациентом	2)	Послеоперационный план лечения составляется после операции и доступен для медицинского персонала
3)	Послеоперационный план лечения составляется после операции и доступен для медицинского персонала	3)	Послеоперационный план лечения прописан в медицинской карте пациента
4)	Послеоперационный план лечения прописан в медицинской карте пациента	4)	Послеоперационный план лечения исполняется ответственным персоналом

88.		85.	
3)	Оказываемые лабораторные услуги соответствуют законодательству Республики Казахстан ***	3)	Оказываемые лабораторные услуги имеют необходимые лицензии согласно законодательству Республики Казахстан ***
4)	Определенные лабораторные услуги являются доступными круглосуточно для экстренных ситуаций, возникающих во внерабочее время (если применимо)	4)	Условия хранения лабораторных реагентов соответствует требованиям производителя
89.		86.	
3)	Ответственным лицом проводится мониторинг своевременности выполнения экстренных лабораторных исследований **	3)	Установлен и исполняется процесс назначения и принятия экстренных лабораторных исследований, своевременность исполнения которых контролируется
5)	Медицинской организацией определяются критические (значительно отклоненные от нормы) результаты лабораторных исследований, при выявлении которых персонал лаборатории в течение 30 минут информирует врача или пост стационарного отделения (смотреть подпункты 1) и 3) пункта 55 настоящего Стандарта)	5)	Медицинской организацией определяются критические (значительно отклоненные 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 52 настоящего Стандарта)

91.		88.	
2)	<p>Весь персонал лаборатории обучается основам лабораторной безопасности при трудоустройстве, при получении нового оборудования, при изменениях методов работы, после инцидентов связанных с соблюдением лабораторной безопасности **</p>	2)	<p>Весь персонал лаборатории обучается основам лабораторной безопасности при трудоустройстве, в плановом порядке раз в год, после инцидентов, связанных с соблюдением лабораторной безопасности **</p>
3)	<p>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</p>	3)	<p>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) для безопасного удаления биологических разливов</p>
4)	<p>Инциденты, связанные с безопасностью (например, укол иглой, контакт с биоматериалом), сообщаются ответственным лицам и по ним принимаются корректирующие меры, в соответствии с утвержденными процедурами (смотреть подпункт 2) пункта 9; подпункт 5) пункта 26 и подпункт 5) пункта 43 настоящего Стандарта)</p>	4)	<p>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)</p>

93.		90.	
1)	Лабораторное оборудование тестируется, поддерживается, калибруется, и эти действия документируются (смотреть подпункты 1), 2), 3), 4) и 5) пункта 43 настоящего Стандарта) **	1)	Лабораторное оборудование тестируется, поддерживается, калибруется, и эти действия документируются (смотреть пункт 41 настоящего Стандарта) **
2)	Лабораторное оборудование обслуживается в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации *	2)	Лабораторное оборудование обслуживается согласно установленного графика, составленного по рекомендациям производителя **

94.		91.	
4)	Оказываемые услуги лучевой диагностики соответствуют законодательству Республики Казахстан ***	4)	Оказываемые услуги лучевой диагностики подтверждаются государственными лицензиями согласно законодательству Республики Казахстан ***
5)	Услуги лучевой диагностики, оказываемые субподрядными организациями, прописываются в договоре. В соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации данные услуги контролируются **	5)	Услуги лучевой диагностики, оказываемые субподрядными организациями, прописываются в договоре. В соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации данные услуги контролируются (например, современность, корректность заключений или другие показатели) **
95.	Временные рамки исследований в лучевой диагностике. Определяются временные рамки на каждый вид исследования в лучевой диагностике *	92.	Безопасность пациента при диагностических процедурах. Соблюдаются принципы безопасности пациентов при проведении инструментальной диагностики
1)	На каждый вид радиологического исследования (рентген, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография) определяются временные рамки (сроки) готовности заключения по обследованию	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 52 настоящего Стандарта)
2)	В медицинской организации заключение радиологических исследований готовится своевременно	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
3)	Проводится мониторинг своевременности выполнения экстренных радиологических исследований	3)	Контрастные вещества хранятся в условиях, описанных производителем
4)	В случае отсутствия врача лучевой диагностики, допускается передача результатов исследования профильному специалисту, обладающему соответствующей компетентностью	4)	Наборы лекарственных средств и изделий медицинского назначения для экстренных случаев (противошоковая укладка, реанимационный набор) доступны при диагностических процедурах, использующих контрастные вещества. Персонал осведомлен о вызове Код синий (смотреть пункт 82 настоящего Стандарта)
5)	Определяются критические (значительно отклоненные от нормы) результаты радиологических исследований, при выявлении которых медицинский персонал информирует врача или ответственных лиц (смотреть подпункты 1) и 3) пункта 55 настоящего Стандарта)	5)	Датчики и приборы контактирующие с пациентом при проведении исследования обрабатываются дезинфицирующими средствами после каждого пациента

96.		93.	
3)	Программа радиационной безопасности включает проверку защитных свойств всей рентген-защитной одежды каждые два года, проверку фона радиации в помещении один раз в год и ежеквартальный контроль индивидуальных дозиметров **	3)	Проводится проверка защитных свойств всей рентген-защитной одежды каждые два года **
4)	Инциденты, связанные с безопасностью или несоблюдением радиационной безопасности, сообщаются и по результатам работы с инцидентами принимаются корректирующие меры (смотреть подпункт 2) пункта 9; подпункт 5) пункта 26 и подпункт 5) пункта 42 настоящего Стандарта)	4)	Проводятся замеры мощности дозы излучения на рабочих местах персонала ответственных за оказание лучевой диагностики, в помещениях и на территории, смежных с процедурной рентген кабинета и кабинета компьютерной томографии один раз в год
5)	Ежегодно лицо, осуществляющее контроль радиационной безопасности, выступает с отчетом по радиационной безопасности на заседании Комиссии по безопасности здания	5)	Контроль индивидуальных дозиметров проводится ежеквартально **

97.	Радиологическое оборудование. Радиологическое оборудование поддерживается в рабочем состоянии	94.	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 и другие) инспектируется, поддерживается и калибруется (смотреть подпункты 1), 2), 3), 4), 5) пункта 43 настоящего Стандарта)	1)	Все оборудование по лучевой диагностике (рентген, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование и другие) инспектируется, поддерживается и калибруется (смотреть пункт 41 настоящего Стандарта). Действия по инспектированию, поддержке и калибровке оборудования по лучевой диагностике документируются **
2)	Действия по инспектированию, поддержке и калибровке оборудования по лучевой диагностике документируются **	2)	В медицинской организации имеется договоров со специализированными организациями по обслуживанию оборудования который исполняется, либо в штате имеется специалист по обслуживанию лучевого оборудования, имеющего необходимую квалификацию по ремонту и обслуживанию радиологического оборудования
3)	Оборудование по лучевой диагностике обслуживается в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации	3)	Инциденты, связанные с безопасностью или несоблюдением радиационной безопасности, сообщаются и по результатам работы с инцидентами принимаются корректирующие меры (смотреть подпункт 3) пункта 5; подпункт 5) пункта 22 настоящего Стандарта)
4)	Ведется список всего оборудования по лучевой диагностике	4)	Ведется список всего оборудования по лучевой диагностике с указанием даты последней поверки или технического осмотра
5)	Требования к технической спецификации и характеристикам закупаемого оборудования по лучевой диагностике определяются специалистом по лучевой диагностике	5)	Ежегодно лицо, осуществляющее контроль радиационной безопасности, выступает с отчетом по радиационной безопасности на заседании Комиссии по безопасности здания

98.		95.	
1)	Внутренний контроль качества проводится ежедневно и не требует документации, если выполняется автоматически на оборудовании	1)	Проводится процесс внутреннего контроля качества радиологических исследований выполняемый автоматически (не требует документации) или вручную **
2)	Ежегодно проводится внешний контроль качества путем выборочной перепроверки заключения внешним экспертом («второе чтение») **	2)	Ежегодно проводится внешний контроль качества путем выборочной перепроверки заключения внешним экспертом («второе чтение», «повторный пересмотр рентгенограмм», «пересмотр диска») **

Новая глава 5.

Скорая служба прикрепленному населению

Глава 5. Оказание скорой медицинской помощи прикрепленному населению

96. Служба скорой / неотложной помощи при ПМСП соответствует потребностям пациентов.

1)	Стандарты оказания скорой медицинской помощи при ПМСП по времени реагирования соответствуют законодательству Республики Казахстан, контролируются и проверяются по времени реагирования	III
2)	Санитарный автотранспорт оснащен необходимым оборудованием для оказания первой и экстренной медицинской помощи	I
3)	Бригада скорой помощи оснащена необходимыми лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения для оказания первой и экстренной медицинской помощи	I
4)	Сформированы фельдшерские и специализированные (врачебные) бригады, оказывающие медицинскую помощь прикрепленному населению и лицам, находящимся в зоне обслуживания ПМСП круглосуточно	I
5)	Объем медицинской помощи предоставляется в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи (клиническими протоколами, клиническими руководствами, алгоритмами)	I

97. Наличие навигации, санитарного автотранспорта и персонала. Навигация, количество санитарного транспорта и ответственного персонала обеспечивают предоставление скорой медицинской помощи прикрепленному населению

1)	Диспетчерская скорой медицинской помощи при ПМСП оборудована ресурсами коммуникации со станцией скорой медицинской помощи, а также с фельдшерскими и специализированными (врачебными) бригадами	II
2)	В бесперебойном обмене информацией используются радиосвязи и цифровое картографирование	II
3)	Один санитарный автомобиль вводится из расчета на 10 тысяч населения и менее, с учетом обращаемости населения ***	II
4)	Санитарный автотранспорт оснащается радиосвязью и навигационной системой	II
5)	Штатное количество диспетчеров, врачей и фельдшеров и их фактическое наличие обеспечивает круглосуточную работу скорой медицинской помощи при ПМСП	I

98. Готовность бригады к оказанию экстренной медицинской помощи. Бригада скорой помощи обучены оказанию разного уровня и видам неотложной помощи ***

1)	Врачи и фельдшера обучены по международным признанным стандартам оказания скорой и неотложной помощи: "Базовая реанимация" – Basic Life Support (BLS)	I
2)	Врачи и фельдшера обучены по международным признанным стандартам оказания скорой и неотложной помощи: "Расширенная сердечно-легочная реанимация" – Advanced Cardiac Life Support (ACLS)	I
3)	Врачи и фельдшера обучены по международным признанным стандартам оказания скорой и неотложной помощи: "Расширенная сердечно-легочная реанимация в педиатрии" – Pediatric Advanced Life Support (PALS), "Оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе при травмах" – Prehospital Trauma Life Support (PHTLS)	I
4)	Водитель обучен особенностям транспортировки пациентов в критическом состоянии; особенностям вождения в экстремальных погодных условиях и в часы-пик	III
5)	Водитель обучен мерам первой помощи (базовой сердечно-легочной реанимации) и транспортировке, перекладке пациента	III

99. Основы безопасного ухода. Руководство и члены бригады скорой помощи обеспечивают оказание безопасного ухода за пациентом

1)	Члены бригады скорой помощи обучены алгоритмам безопасного сопровождения и транспортировки пациента снижающие риски его падения. В наличие исправные носилки для транспортировки пациента.	II
2)	Оказанное лечение и другие данные отражается в карте вызова согласно законодательству Республики Казахстан. Пациент ознакомливается с оказанным лечением и получает копию карты вызова	III
3)	Руководством и (или) врачом-экспертом проводится аудит карт вызова на предмет соблюдения протоколов диагностики и лечения, а также их правильного заполнения	II
4)	Лекарственные средства высокого риска, а также схожие по внешнему виду и наименованию промаркированы. Персонал исполняет алгоритмы устного назначения лекарственных средств.	II
5)	Персонал обучен обеспечению конфиденциальности пациента при оказании медицинской помощи на местах (при разговоре с соседями, сопровождении и других мероприятиях)	III

100. Проверка водителя, техническое обслуживание и уборка автотранспорта. Проверка водителя, техническое обслуживание и уборка автотранспорта обеспечивают безопасное передвижение санитарного автотранспорта

1)	Проводится контроль физического и алкогольного состояния водителя перед его вступлением на смену **	I
2)	Санитарный автотранспорт проходит своевременный технический осмотр и ремонт **	II
3)	Санитарный автотранспорт застрахован, имеются и используются необходимые комплекты шин согласно времени года	III
4)	Проводится обработка поверхностей, уборка внутри автотранспорта согласно установленного графика	III
5)	Проводится сбор данных по случаям дорожно-транспортных происшествий и анализ каждого дорожно-транспортного происшествия; вводный инструктаж водителей при приеме на работу и периодический инструктаж после каждого случая дорожно-транспортного происшествия	III

