

# NATIONAL ACCREDITATION STANDARDS

FOR **INPATIENT** MEDICAL ORGANIZATIONS

# 2022



№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
---	--------------------------------	------

## ГЛАВА 1: РУКОВОДСТВО

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
<b>1. Орган управления медицинской организации. Функции Органа управления (Наблюдательный Совет, Совет директоров, учредитель (и)) регламентированы и обеспечивают его участие в управлении медицинской организацией</b>		
1)	Структура и функции Органа управления, включая делегированные первому руководителю (-ям) медицинской организации полномочия, прописаны в Уставе (Положении) медицинской организации **	III
2)	Члены Органа управления медицинской организации избираются в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	III
3)	Орган управления принимает участие в развитии медицинской организации и направлении ее деятельности путем утверждения или согласования стратегического плана и планов, связанных с бюджетом	II
4)	Медицинская организация ежеквартально предоставляет Органу управления отчеты о результатах основной деятельности, реализации плана мероприятий по непрерывному улучшению качества; как минимум раз в полгода предоставляет Органу управления отчеты о реализации плана по управлению рисками, а также отчеты комиссии по безопасности зданий **	II
5)	Органом управления утверждены критерии и ежегодно проводится оценка работы первого руководителя (-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) **	III
<b>2. Стратегическое и операционное планирование. Руководители медицинской организации осуществляет деятельность медицинской организации на основе установленных планов и задач</b>		
1)	В стратегическом плане медицинской организации излагаются миссия, видение, ценности, стратегические цели, задачи и индикаторы исполнения задач ** Миссия и видение медицинской организации являются доступными для ее персонала и населения	III
2)	На основании стратегического плана разрабатывается и утверждается годовой план (операционный план) медицинской организации с установленными индикаторами **	III
3)	Годовой план учитывает мероприятия клинических служб, финансовые планы, идентифицированные риски	III
4)	Ответственным лицом проводится свод и мониторинг исполнения мероприятий годового плана как минимум на ежеквартальной основе с последующим предоставлением руководству организации	III
5)	Руководители структурных подразделений как минимум ежеквартально отчитываются ответственному лицу о выполнении поставленных задач и достижении желаемых результатов по индикаторам годового плана **	II
<b>3. Организационная структура. Организационная структура представлена в виде схемы и обеспечивает необходимые позиции для реализации миссии медицинской организации.</b>		
1)	Организационная структура представляется в виде схемы, отражает подотчетность и взаимосвязь структурных подразделений и руководства, а также существующих комиссий и/или комитетов.	III

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
	Организационная структура утверждается руководством медицинской организации и доводится до сведения персонала организации **	
2)	В организационной структуре указывается должностное лицо, осуществляющее общее руководство медицинской организацией, и должностное лицо (-а), осуществляющее контроль лечебно-профилактической деятельности	II
3)	В организационной структуре указывается должностное лицо, осуществляющее контроль сестринского ухода	I
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	I
5)	В организационной структуре указывается должностное лицо, осуществляющее контроль эффективного управления финансовыми ресурсами, включающее планирование, мониторинг и контроль	III
<b>4. Этический кодекс. Определяются и соблюдаются этические нормы организации</b>		
1)	В медицинской организации определяются этические нормы, определяющие правила поведения персонала при оказании медицинских услуг пациенту, а также при взаимодействии с коллективом	III
2)	В медицинской организации создана Этическая комиссия для рассмотрения этических вопросов, возникающих при оказании медицинской помощи, включая конфликтные решения связанные с прекращением лечения, обоснованные жалобы, связанные с нарушением этического кодекса и норм медицинской организации **.  При рассмотрении конфликтных решений, связанных с лечением, Этическая комиссия включает специалистов из соответствующих и смежных областей медицины если они изначально не включены в состав Этической комиссии, а также пациента и (или) его представителя.	III
3)	В медицинской организации внедрен процесс выявления, своевременного анализа и принятия мер по этическим вопросам, включающие взаимодействие в коллективе (такие случаи как насилие, домогательства, травлю), (смотреть подпункты 3) и 5) пункта 5 настоящего Стандарта), другие ситуации в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан) ***.  Этическая комиссия принимает участие в разборе вышеупомянутых случаев **.	II
4)	Персонал медицинской организации проходит обучение по вопросам норм этического кодекса в медицинской организации **.  Обучение включает процедуру прямого уведомления Органа управления и (или) уполномоченные органы персоналом о случаях домогательств со стороны руководства или его бездействия	II
5)	Процедуры анализа и принятия мер по этическим вопросам проводятся в рамках установленных сроков **	III
<b>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</b>		
1)	В медицинской организации исполняются мероприятия, обеспечивающие реализацию «культуры безопасности». Клинический персонал осведомлен о не карательной системе, обеспечивающей заполнение и регистрацию инцидентов без риска быть наказанным, а также знает определения: "потенциальная ошибка", "ошибка", "экстремальное событие"	I

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
2)	В медицинской организации внедрен процесс обеспечения страхования (гарантирования) профессиональной ответственности медицинских работников, выполняющих процедуры и операции высокого риска (с высоким риском судебных исков) **	I
3)	Внедрен процесс регистрации и оповещения об инцидентах (задокументированный случай потенциальной ошибки, ошибки, нарушения, экстремального события) в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации *	I
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	II
5)	Исполняется механизм изучения инцидентов, обеспечивающих идентификацию первопричин инцидента и их системное решение в целях улучшения качества процессов и услуг, включая коммуникацию со стороной пострадавшей от инцидента **	I
<b>6. Индикаторы и план по улучшению качества. Реализуются мероприятия по мониторингу индикаторов качества и исполнения плана по непрерывному улучшению качества</b>		
1)	Медицинская организация контролирует исполнение индикаторов внутренней деятельности согласно национальному законодательству Республики Казахстан (далее – индикаторы внутренней экспертизы), а также индикаторов повышения качества, требуемых стандартами аккредитации (индикаторы системы инфекционного контроля, системы управления лекарственными средствами, безопасности пациентов, далее – индикаторы аккредитации). Показатели по достижению индикаторов внутренней экспертизы и индикаторов аккредитации включаются в квартальные отчеты медицинской организации об основной деятельности **	I
2)	Индикаторы внутренней экспертизы и индикаторы аккредитации измеримы: разрабатываются формулы расчета (с определенным числителем и знаменателем, если применимо), определяются желаемые пороговые значения; проводится сбор данных и анализ индикаторов **	II
3)	Руководством медицинской организации определены приоритетные индикаторы из числа индикаторов внутренней экспертизы и индикаторов аккредитации, соблюдение и достижение пороговых значений которых 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	I
4)	<p>План по непрерывному улучшению качества отражает:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>наименование мероприятия (ий) по улучшению;</li> <li>цель мероприятия (ий);</li> <li>необходимые действия по достижению цели;</li> <li>ответственных лиц;</li> <li>временные рамки.</li> </ul> <p>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)</p>	I
5)	Бюджет медицинской организации учитывает расходы необходимые для реализаций плана мероприятий по непрерывному улучшению качества медицинских услуг и мероприятия по управлению рисками	II
<b>7. Управление качеством. В медицинской организации реализуются мероприятия по контролю качества</b>		
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	II

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
2)	<p>В документе по непрерывному улучшению качества медицинских услуг дается определение термина "экстремальное событие"</p> <p>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)**</p>	III
3)	<p>Проводится анкетирование удовлетворенности пациентов или опыта пациента. Результаты анкетирования учитываются при разработке мер по повышению качества медицинских услуг *</p> <p>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)</p>	II
4)	<p>На заседаниях соответствующих комиссий проводится разбор сложных клинических случаев, результаты которого применяются для улучшения клинической деятельности</p>	II
5)	<p>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 *</p>	I
<p><b>8. Управление рисками. Руководство медицинской организации обеспечивает внедрение программы по управлению рисками</b></p>		
1)	<p>Медицинская организация имеет утвержденную и исполняемую программу по управлению рисками, которая включает следующие элементы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>цель и задачи документа;</li> <li>способ оценки рисков;</li> <li>реестр рисков и/или план управления рисками с описанием мер снижающих негативное влияние идентифицированных рисков</li> <li>ответственных за управление риска, оценки риска, периодичность отчетности и мониторинга</li> <li>утвержденное должностное лицо, осуществляющее деятельность по управлению рисками;</li> <li>отчетность Органу управления по рискам</li> <li>требования по обучению персонала;</li> <li>виды рисков (стратегические, клинические, эпидемиологические, финансовые, риски по функциональности здания и прочие риски);</li> <li>требование разработать действие на каждый значительный риск;</li> <li>требование информировать и коммуницировать заинтересованные стороны о рисках</li> <li>ответственность персонала в реализации программы по управлению рисками *</li> </ul>	II
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>	I
3)	<p>Руководители структурных подразделений и персонал медицинской организации осведомлены о возможных неблагоприятных событиях, которые могут возникнуть вследствие клинических, техногенных и организационных особенностей производственных процессов (далее – риски) в своих подразделениях</p>	I
4)	<p>Медицинская организация проводит непрерывную оценку рисков. Источники информации о рисках: инциденты (потенциальных ошибок, ошибок, экстремальных событий), медицинский персонал, наблюдения, обзор документации, пациенты и их законные представители **</p>	II

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
5)	Медицинская организация принимает меры по полноценной реализации мероприятий плана управления рисками, снижению или устранению рисков (план может составляться, обновляться и корректироваться в течение года) **	II
<b>9. Клинические протоколы. Руководители медицинской организации обеспечивают применение и внедрение медицинским персоналом клинических протоколов</b>		
1)	В медицинской организации определены ответственные лица по контролю применения клинических протоколов диагностики и лечения (далее – клинические протокола)	II
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 пункты 51-55, 57, 58, 60 настоящего Стандарта). Мероприятия по мониторингу контролю и внедрению клинических протоколов осуществляются в рамках плановых мероприятий внутренней экспертизы	I
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	I
4)	Первый руководитель медицинской организации информируется о результатах клинического аудита медицинских карт как минимум на ежеквартальной основе	II
5)	Персоналу доступны клинические протокола на рабочих местах в электронном или бумажном виде. Существует механизм оповещения персонала о новых или измененных клинических протоколах	II
<b>10. Работа с населением. Медицинская организация открыта перед пациентами в вопросах обратной связи и способствует доступности оказываемых медицинских услуг для населения</b>		
1)	Используя свой официальный сайт и другие методы, медицинская организация информирует население об оказываемых медицинских услугах и условиях (порядке) их получения (прием, госпитализация), о любых изменениях в списке оказываемых медицинских услуг, а также адрес и контактные данные организации **	I
2)	Медицинская организация информирует население о качестве оказываемых медицинских услуг (индикатор "удовлетворенность пациента" и другие) **	III
3)	Медицинская организация постоянно поддерживает обратную связь с населением по оказываемым медицинским услугам через средства коммуникации (веб-сайт, социальные сети, телефон, call-центр)	III
4)	Медицинская организация участвует в программах по обучению населения здоровому образу жизни (отказ от курения, профилактика ожирения и другие) и профилактике заболеваний через социальные сети и (или) через прямое общение с населением **	II
5)	Медицинская организация планирует оказание медицинских услуг с учетом потребностей населения. Пациентам и общественности доступна информация о возможности участия в планировании оказываемых услуг	III

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
---	--------------------------------	------

## ГЛАВА 2: УПРАВЛЕНИЕ РЕСУРСАМИ

<b>11. Управление финансами. Финансовые ресурсы медицинской организации используются эффективно для реализации плановых задач</b>		
1)	Бюджет медицинской организации соответствует поставленным задачам стратегического и операционного (годового) планов работы (смотреть пункт 2 настоящего Стандарта)	III
2)	Бюджет медицинской организации учитывает заявки руководителей подразделений с обоснованием	III
3)	Бюджет позволяет обеспечивать медицинскую организацию необходимыми ресурсами для осуществления деятельности и пересматривается в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации (смотреть подпункт 4) пункта 26, подпункт 3) пункта 43, подпункт 3) пункта 59 настоящего Стандарта)	I
4)	При оплате труда персонала медицинской организации на основе дифференцированной системы оплаты предусмотрены индикаторы для определения производительности труда персонала, утвержденные руководством медицинской организации в соответствии с законодательством Республики Казахстан *	II
5)	Внешний государственный аудит проводится в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***. В случае отсутствия государственного аудита в частных организациях, проводится внешний финансовый аудит.	I
<b>12. Информационное управление. Создаются надлежащие условия для эффективного управления информацией и улучшения осведомленности персонала</b>		
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	II
2)	Руководство обеспечивает доступ медицинских работников к сети интернет для своевременного получения и обмена информацией, необходимой в работе	I
3)	Утвержден и исполняется порядок разработки, согласования, утверждения и оформления, а также сроки пересмотра процедур и планов организации, относящихся к ключевым процессам организации (требование относится к процедурам и планам которые относятся к ключевым функциям и (или) могут меняться, например, план по улучшению качества, операционный план, правила по триажу; в то время такие процедуры как: снятие и одевание маски, техника мытья рук могут оставаться неизменными если соответствуют признанной практике). Медицинская организация утверждает процедуры общего управления документацией в соответствии с законодательством Республики Казахстан, учитывая цифровизацию клинического и административного документооборота ***	III
4)	Медицинская организация применяет медицинские информационные системы при документации процедур ухода и лечения в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	III
5)	Плановые внутренние собрания структурных подразделений, общие собрания, наряду с отдельными обучениями и инструктажами ответственных лиц, используются для обучения персонала установленным процедурам медицинской организации. Обучение направлено на оказание качественной и интегрированной медицинской помощи пациентам, в соответствии с требованиями стандартов национальной аккредитации и законодательства Республики Казахстан	III
<b>13. Защита информации. Медицинская организация обеспечивает конфиденциальность, безопасность и целостность информации</b>		
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	III
2)	Используются лицензионные программы информационной защиты	II
3)	Помещение архива медицинской организации обеспечивает безопасное хранение документации от пожара и неавторизованного доступа (смотреть подпункты 1) и 2) пункта 41 настоящего Стандарта). Документация хранится стандартизировано с возможностью идентификации периода или структурного подразделения к которому относится документация	II
4)	Персонал ежегодно обучается правилам по защите и неразглашению конфиденциальной информации, а также процедурам по соблюдению приватности пациента при оказании медицинских услуг **	III



№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
5)	В медицинской организации определены сроки хранения и порядок уничтожения медицинских и немедицинских документов	II
<b>14. Медицинская документация. Медицинская документация составляется своевременно и способствует преемственности медицинской помощи</b>		
1)	В медицинских картах применяются формы медицинской документации согласно законодательству Республики Казахстан и лучшей мировой практики согласно требованиям стандартов аккредитации ***	II
2)	Содержание медицинской карты стандартизируется в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации	II
3)	Все лечебно-диагностические назначения, проведенные диагностические мероприятия, медикаментозная терапия, включая иные лечебные мероприятия, своевременно документируются в медицинской карте пациента	II
4)	В медицинских картах используются аббревиатуры, символы из списка, утвержденного руководством медицинской организации. Записи в медицинских картах написаны и оформлены разборчиво *	III
5)	В бумажных вариантах медицинских карт каждая запись подписывается автором с указанием даты и времени	II
<b>15. Анализ и доступ к информации. Проводится проверка достоверности данных, а также обеспечивается доступ персонала к информации</b>		
1)	Утверждена процедура проверки достоверности публикуемых и предоставляемых во внешние организации данных **	III
2)	Руководство организации обеспечивает доступность для персонала информации о действующих процедурах организации в электронном и (или) печатном формате	III
3)	При мониторинге новых индикаторов проводится проверка достоверности полученных данных вторым лицом *	III
4)	Свод данных по индикаторам для включения в квартальные отчеты для руководства осуществляется ответственным работником (смотреть подпункт 4) пункта 2 настоящего Стандарта) **	III
5)	Персонал задействованный в оказании медицинских услуг участвует в сборе данных по индикаторам (например, заведующий отделением радиологии отчитывается по индикаторам в своем отделении ответственному лицу в отделе менеджмента качества)	III
<b>16. Штатное расписание. Штатное расписание соответствует организационной структуре, миссии и деятельности медицинской организации</b>		
1)	Штатное расписание медицинской организации утверждается руководством медицинской организации в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	III
2)	Штатное расписание составляется и пересматривается на плановой основе, на основании заявок руководителей структурных подразделений, на основании анализа соответствия штатного расписания производственным нуждам и потребностям населения (определение уровня укомплектованности персоналом; необходимого уровня стажа и компетентности; расчет эффективной и рациональной структуры должностей персонала) ***	III
3)	В медицинской организации утверждаются и исполняются квалификационные требования к должностям в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	III
4)	На каждый вид должности, включая слушателей резидентуры, руководством медицинской организации утверждается должностная инструкция с указанием квалификационных требований (образование, обучение, знания, навыки и опыт) и функций, специфичных для данной должности ** Для внештатных работников, совместителей и консультантов вышеупомянутые требования прописываются в договоре **. Договор с внештатными работниками, совместителями и консультантами хранится в отделе кадров	III
5)	Координация взаимодействия персонала структурных подразделений обеспечиваются положениями о подразделениях (где указаны функции и услуги подразделений, а также подотчетность персонала), должностными инструкциями, правилами и процедурами организации	III
<b>17. Управление человеческими ресурсами. В медицинской организации внедрен процесс эффективного управления человеческими ресурсами</b>		
1)	Процедуры по поиску, инструктажу (ориентации) и адаптации персонала разрабатываются в соответствии с законодательством Республики Казахстан и внедряются в медицинской организации ***	III



№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
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	III
3)	Руководство медицинской организации создают условия для непрерывного обучения персонала медицинской организации (доступ в интернет, компьютеры, тренинговый класс, библиотека)	II
4)	В медицинской организации определяются потребности персонала в обучении. Обучение персонала планируется, составляется список персонала требующих прохождения обучения и/или повышения квалификации и планируется необходимый бюджет **	II
5)	Руководством разрабатываются и внедряются процедуры для мотивации персонала медицинской организации и укрепления корпоративного духа, проводится анкетирование персонала (смотреть подпункт 4) пункта 11 настоящего Стандарта)	II
<b>18. Личное дело персонала. Руководством медицинской организации установлен процесс формирования, хранения и обновления личных дел персонала, а также специалистов, привлекаемых на договорной основе</b>		
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	III
2)	Личные дела персонала, а также специалистов, привлекаемых на договорной основе и слушателей резидентуры, содержат сертификат специалиста (для врачей), сведения об образовании, трудовом стаже и квалификации	I
3)	Личные дела каждого медицинского работника, а также специалистов, привлекаемых на договорной основе, содержит доказательство проверки подлинности у первоисточника документов об образовании работника, в соответствии с требованиями должностной инструкции	I
4)	Личное дело каждого медицинского работника, а также специалистов, привлекаемых на договорной основе, содержит результаты оценки деятельности персонала, проводимые один раз в год	II
5)	Личное дело каждого медицинского работника, а также специалистов, привлекаемых на договорной основе, содержит записи о проведении обучения на базе медицинской организации и вне организации. Если специалист, привлекаемый на договорной основе, исполняет обязанности договора удаленно или дистанционно то записи об обучении на базе медицинской организации не обязательны (например, врач МРТ, привлекаемый в рамках договора на «вторую читку»)	III
<b>19. Инструктаж. Медицинская организация проводит инструктаж каждого поступающего работника по различным направлениям медицинской организации и использует наглядные материалы для инструктажа (презентации и (или) видеоматериалы)</b>		
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 законодательства Республики Казахстан ***	II
2)	Все штатные работники, работники, привлекаемые на договорной основе, обучающие лица на базе медицинской организации, проходят инструктаж и обучение для ознакомления с медицинской организацией, со своими должностными обязанностями (для работников) и основными требованиями по безопасности и инфекционного контроля**. Ответственность за инструктаж обучающихся на базе медицинской организации может быть возложен на их кураторов.	III
3)	Инструктаж персонала включает противопожарную безопасность, готовность к чрезвычайным ситуациям (землетрясения и наводнения где применимо) и соблюдение правил техники безопасности на рабочем месте	I
4)	Инструктаж персонала включает вопросы инфекционного контроля	I
5)	Инструктаж персонала медицинской организации включает ознакомление с принципами культуры безопасности	II
<b>20. Оценка клинических навыков. Проводится оценка знаний и клинических навыков клинического персонала, включая клинический персонал, привлекаемый на договорной основе, в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации</b>		
1)	При трудоустройстве проводится оценка клинических навыков врача, и утверждается список его клинических привилегий (перечень операций и процедур высокого риска, выполнение которых разрешено врачу в данной медицинской организации)	II

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
2)	При трудоустройстве проводится оценка навыков среднего медицинского персонала и утверждаются персональные списки компетенций в соответствии с процедурами медицинской организации	II
3)	При трудоустройстве проводится оценка навыков персонала параклинических структурных подразделений медицинской организации	III
4)	Один раз в три года или чаще проводится процедура пересмотра клинических привилегий врача с учетом оценки деятельности врача, его текущей квалификации (знаний, образования, навыков и опыта), исходов лечения, в том числе неблагоприятных исходов и других сведений. * При несоответствии компетентности врача требованиям должностной инструкции, показателям работы или уровню квалификации, рассматривается вопрос отстранения врача от клинической практики в данной организации (ограничение привилегий) или направление на обучение или менторство, либо расторжение договора в случае, если врач привлекается на договорной основе	II
5)	В медицинской организации ежегодно проводится переоценка компетенций персонала, параклинических структурных подразделений и средних медицинских работников	III
<b>21. Ежегодная оценка персонала. Один раз в год проводится оценка работы медицинского персонала, в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации</b>		
1)	Утверждаются процедуры оценки и форма оценки медицинских работников. Форма оценки врача клинической специальности (врач, который проводит осмотр или лечение пациента) включает критерии: лечение и уход (врач оказывает эффективную и целесообразную медицинскую помощь); клинические знания (врач владеет нужными знаниями, применяет эти знания в работе); повышение квалификации (врач улучшает свою клиническую практику и знания); личные качества и коммуникабельность (врач поддерживает профессиональные взаимоотношения с пациентами и коллегами); этическая практика (врач относится к пациенту с состраданием, уважением к пациентам из разных социальных и культурных слоев); системное мышление (врач проявляет активность и гибкость в использовании нужных ресурсов); бережливое отношение к ресурсам (врач целесообразно и своевременно назначает лекарственные средства, исследования, консультации)	III
2)	При оценке врачей, среднего медицинского персонала и других работников, перечень которых определен медицинской организацией, учитываются установленные показатели работы (индикаторы деятельности) и эти показатели содержатся в личных делах	II
3)	Заполненная форма оценки персонала хранится в личном деле. Персонал организации ознакомлен с результатами оценки его работы	III
4)	На основании результатов оценки определяется соответствие персонала занимаемой должности согласно требованиям законодательством Республики Казахстан ***	III
5)	Проводится оценка профессиональных компетенций и привилегий медицинского персонала (смотреть пункт 20 настоящего Стандарта)	II
<b>22. Здоровье и безопасность персонала. Здоровье и безопасность персонала медицинской организации поддерживаются в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***</b>		
1)	Медицинская организация предоставляет (или обеспечивает) персоналу идентификационные бейджи, необходимую защитную одежду, средства индивидуальной защиты и защитное оборудование (включая средства для радиационной безопасности)	I
2)	Медицинская организация проводит оценку безопасности рабочих мест в соответствии с законодательством Республики Казахстан и обеспечивает безопасные условия труда от физических и технических причин травматизма (профилактика падения, мероприятия по защите от удара током, использование алгоритмов и необходимого оборудования по переносу пациентов и тяжелых предметов с целью сохранности здоровья опорно-двигательного аппарата задействованного персонала, защита от воздействия высокого уровня шума и другие). Правила организации, опрос кадровой службы или другие документы подтверждают, что случаи производственного травматизма и другие подлежащие отчетности сведения сообщаются в уполномоченные органы и расследуются руководством медицинской организации в рамках разбора инцидента (смотреть пункт 5 настоящего Стандарта)	II
3)	Медицинская организация проводит оценку безопасности рабочих мест в соответствии с законодательством Республики Казахстан и обеспечивает безопасные условия труда от биологических и химических причин	II

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
	травматизма (вакцинация, алгоритмы безопасности при уколе иглой, безопасность от воздействия токсикологических лекарственных средств) Правила организации, опрос кадровой службы или другие документы подтверждают, что случаи производственного травматизма и другие подлежащие отчетности сведения сообщаются в уполномоченные органы и расследуются руководством медицинской организации в рамках разбора инцидента (смотреть пункт 5 настоящего Стандарта)	
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) *	III
5)	Медицинская организация создает условия и проводит мероприятия для персонала по продвижению здорового образа жизни (спортивные мероприятия, мероприятия направленные против табакокурения и другие) **	II
<b>23. Контроль образовательного процесса студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации. Медицинская организация осуществляет контроль за обучением студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации в соответствии с утвержденными руководством медицинской организации процедурами</b>		
1)	Руководством медицинской организации разрабатываются и осуществляются процедуры контроля студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации * Персонал ответственный за обучение студентов ознакомлен с данными процедурами **	III
2)	У кадровой службы имеется список ответственных лиц (из числа сотрудников кафедры и (или) преподавателей) ответственных за осуществление контроля образовательного процесса на базе медицинской организации **	III
3)	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 **	III
4)	Для студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации, определяется уровень самостоятельности в оказании медицинской помощи (что делать под наблюдением, а что самостоятельно) описанный в инструктаже **	II
5)	Студенты, слушатели резидентуры, другие лица, обучающиеся на базе медицинской организации, проходят инструктаж с целью обеспечения безопасности пациентов (гигиена рук, применение средств индивидуальной защиты) ** Инструктаж проводится ответственными лицами за осуществление контроля образовательного процесса на базе медицинской организации или профильными специалистами (эпидемиолог, ответственный за безопасность здания)	II
<b>24. Мониторинг договоров. Руководители медицинской организации контролируют качество представляемых по договору услуг и товаров</b>		
1)	Руководителем медицинской организации определяются ответственные лица по курации договоров о закупке товаров или услуг для медицинской организации.	II
2)	В медицинской организации реализуется механизм отчетности по договорам со стороны получателей услуг и товаров ответственному лицу по курации договоров (например, заведующий лабораторией дает оценку исполнения договора по полученным реагентам ответственному лицу по курации договоров) *	I
3)	К каждому договору 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 **	II
4)	Ведется перечень всех договоров с внешними организациями или лицами, задействованных в оказании медицинских услуг пациентам, включая диагностические, лечебные, консультативные и другие услуги	III
5)	Существует механизм подотчетности и коммуникации с внешними организациями или лицами, задействованных в оказании медицинских услуг пациентам, включая диагностические, лечебные, консультативные и другие услуги для координации и оценки оказываемых услуг	III

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
---	--------------------------------	------

## ГЛАВА 3 УПРАВЛЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТЬЮ

<b>Параграф 1. Инфекционный контроль</b>		
<b>25. Мероприятия по инфекционному контролю. Мероприятия по инфекционному контролю определены и исполняются ответственным персоналом медицинской организации.</b>		
1)	Руководством медицинской организации или комиссией по инфекционному контролю разрабатывается и утверждается план работы (план мероприятий) по инфекционному контролю, включающие достижимые и измеримые мероприятия в целях снижения рисков инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (далее – ИСМП) **	I
2)	План работы (план мероприятий) по инфекционному контролю, включающие достижимые и измеримые мероприятия в целях снижения снижению рисков ИСМП, исполняется, показатели плана контролируются и в случае необходимости принимаются меры по улучшению	I
3)	Медицинской организацией определены эпидемиологические риски и (или) риски ИСМП, а также план мероприятий по их устранению	II
4)	В структуре медицинской организации определено квалифицированное лицо, отвечающее за курацию мероприятий, связанных с инфекционной и эпидемиологической безопасностью, а также за своевременное предоставление результатов инфекционного контроля в уполномоченный орган в области здравоохранения	II
5)	Не реже одного раза в квартал специалисты инфекционного контроля (члены комиссии инфекционного контроля) информируют персонал и руководство организации о результатах мониторинга индикаторов инфекционного контроля, и о рекомендациях для улучшения деятельности медицинской организации по вопросам инфекционного контроля	III
<b>26. Программа по инфекционному контролю. В медицинской организации разрабатывается и внедряется программа по инфекционному контролю</b>		
1)	Программа по инфекционному контролю разрабатывается и внедряется в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	I
2)	При разработке программы по инфекционному контролю учитываются рекомендации ВОЗ или другие профессиональные признанные источники, основанные на доказательной медицине *	II
3)	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 ***	III
4)	Руководство предоставляет необходимые ресурсы для эффективного выполнения программы инфекционного контроля (смотреть подпункт 3) пункта 11, подпункт 2) пункта 27, подпункт 3) пункта 59)	I
5)	Разработаны и исполняются превентивные меры по сохранению здоровья персонала, включая вакцинацию, предотвращение укола иглой, оперативные мероприятия в случае укола иглой или попадание биологических жидкостей пациента на слизистые оболочки или в кровеносную систему медицинского работника	II
<b>27. Процедуры по инфекционному контролю. Процедуры инфекционного контроля обеспечивают защиту персонала и пациентов.</b>		
1)	В медицинской организации внедряются алгоритмы по универсальным мерам предосторожности, применению средств индивидуальной защиты * Средства индивидуальной защиты используются персоналом в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации	II
2)	В медицинской организации в наличии имеется достаточное количество средств индивидуальной защиты и установленных антисептиков (смотреть подпункт 4) пункта 26 настоящего Стандарта)	II
3)	В местах обработки рук для персонала и пациентов установлены раковины с проточной холодной и горячей водой, мылом, антисептиками, салфетками или другими средствами для сушки рук (смотреть подпункт 4) пункта 26 настоящего Стандарта)	I
4)	Одноразовые изделия утилизируются (исключается повторное использование) после использования в соответствии с утвержденными процедурами организации и требованиями законодательства Республики Казахстан ***	III
5)	Для предотвращения инфицирования пациентов и персонала в результате ремонтно-строительных работ, их производство письменно согласуются с ответственным лицом инфекционного контроля медицинской организации **	III

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
<b>28. Мероприятия по контролю ИСМП. Организация проводит мероприятия по микробиологическому самоконтролю, достоверно определяет случаи ИСМП, обеспечивает уход за центральным венозным катетером</b>		
1)	Плановый самоконтроль методом смывов с эпидемиологически значимых объектов внешней среды в отделениях хирургического профиля, организациях охраны материнства и детства осуществляется 1 раз в месяц, в отделениях соматического профиля - 1 раз в 3 месяца.	II
2)	Контроль стерильности инструментария, перевязочного материала, операционного белья, рук хирургов, кожи операционного поля в отделениях хирургического профиля, организациях охраны материнства и детства проводится 1 раз в неделю	I
3)	Микробиологический мониторинг за ИСМП проводится на базе собственной лаборатории или на договорной основе с лабораторией, имеющей разрешение на работу с микроорганизмами III - IV групп патогенности. При положительных посевах и (или) превышениях норм по результатам самоконтроля методом смывов представлены доказательства проведенных мероприятий по снижению риска повторных положительных смывов	II
4)	Представлены доказательства, что случаи ИСМП определяются комиссионно, на основании данных эпидемиологической диагностики, влияния факторов риска, присутствующих у больного (эндогенные факторы) и связанных с проведением медицинского вмешательства (экзогенные факторы)	II
5)	Разработан и исполняется алгоритм ухода за центральным венозным катетером (ЦВК) в целях профилактики катетер-ассоциированных инфекций кровотока. Средний медицинский персонал ответственный за уход ЦВК демонстрирует осведомленность о данном алгоритме	I
<b>29. Дезинфекция и стерилизация эндоскопов обеспечивает их безопасное использование и проводится согласно рекомендациям производителя и законодательству Республики Казахстан ***</b>		
1)	Эндоскопы, используемые при нестерильных эндоскопических манипуляциях (введение эндоскопов через естественные пути в полости организма, имеющие собственный микробный пейзаж) и принадлежности к ним (клапаны, заглушки, колпачки), непосредственно после использования подлежат последовательно: <ul style="list-style-type: none"> <li>• предварительной очистке;</li> <li>• окончательной очистке (окончательной очистке, совмещенной с дезинфекцией);</li> <li>• дезинфекции высокого уровня;</li> <li>• хранению в условиях, исключающих вторичную контаминацию микроорганизмами.</li> </ul> Дезинфекция высокого уровня выполняется ручным (при полном погружении в раствор) или механизированным способами. Каналы и полости трубок при их наличии заполняются принудительно. Не допускается проведение дезинфекции высокого уровня эндоскопов способом протирания	I
2)	Эндоскопическое оборудование и эндоскопы, для стерильных эндоскопических вмешательств, все виды инструментов к ним для стерильных и нестерильных вмешательств, непосредственно после использования подлежат последовательно: <ul style="list-style-type: none"> <li>• предварительной очистке;</li> <li>• предстерилизационной очистке, совмещенной с дезинфекцией;</li> <li>• стерилизации;</li> <li>• хранению в условиях, исключающих вторичную контаминацию микроорганизмами</li> </ul>	I
3)	Медицинский работник, выполняющий обработку эндоскопов и инструментов к ним, надевает средства индивидуальной защиты, включающие: одноразовые перчатки из химически устойчивого материала, защитные очки, маску или защитный экран для лица; халат или накидку (с длинными рукавами, непромокаемые) или одноразовый водонепроницаемый фартук с рукавами (нарукавниками)	II
4)	Ответственный персонал (например, лаборант или врач-микробиолог, медицинская сестра отделения) демонстрирует доказательства проведения ежеквартального планового отбора проб смывов с/из полностью обработанного и просушенного эндоскопа. Контролю подлежат: биопсийный канал, вводимая трубка, клапаны и гнезда клапанов.	I
5)	При большом обороте эндоскопов (одновременное проведение обработки трех и более эндоскопов одного вида) применяется механизированный способ обработки эндоскопов с использованием моюще-дезинфицирующих машин. Другие условия обработки эндоскопов и чреспищеводных датчиков проводятся согласно рекомендациям производителя	II



№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
<b>30. Дезинфекция, стерилизация и прачечная. Чистка (уборка), дезинфекция, стерилизация и обращение с бельем проводятся с минимизацией риска инфекций в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан ***</b>		
1)	Персонал медицинской организации соблюдает требования законодательства в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Республике Казахстан по чистке (уборке), дезинфекции помещений и поверхностей	I
2)	Емкости (тары) с дезинфицирующими растворами промаркированы с указанием состава и даты разведения. Дата разведения не превышает рекомендаций, указанных в инструкции дезинфицирующего средства	I
3)	Дезинфекция и стерилизация изделий медицинского назначения проводится с минимизацией риска инфекций, с соблюдением поточности процесса от «грязной» к «чистой» зоне. Персонал соблюдает этапность проведения стерилизации (сбор, транспортировка, учет, укладка, предстерилизационная очистка, стерилизация, упаковка, маркировка, доставка, хранение инструментов) *	I
4)	Качество предстерилизационной очистки и стерилизации контролируется с применением химических и (или) биологических индикаторов ** Внедрен процесс идентификации стерильных и не стерильных биксов	I
5)	Обращение с чистым и грязным бельем, стирка белья проводится с минимизацией риска кросс-инфекции. Персонал соблюдает процедуры по обращению с бельем (сбор, транспортировка, передача, стирка, глажка, учет, раздача, применение) ***	I
<b>31. Медицинские отходы. Организация обеспечивает безопасное обращение с отходами</b>		
1)	В медицинской организации внедряется процедура по безопасному обращению с медицинскими отходами, включая обращение с острыми, колющими и режущими изделиями медицинского назначения, классификация всех отходов, образуемых в медицинской организации, а также их своевременная утилизация	I
2)	Помещение для централизованного сбора медицинских отходов соответствует требованиям законодательства Республики Казахстан *** (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; холодильник для хранения биологических отходов (если применимо)	II
3)	Отходы утилизируются безопасным образом в соответствии с законодательством Республики Казахстан *** Острые, колющие и режущие медицинские отходы и предметы утилизируются в специальные водонепроницаемые и не прокалываемые одноразовые емкости, заполняемые не более чем на три четвертых объема и по заполнению, плотно закрываются крышкой	I
4)	Остатки и компоненты крови, биологические жидкости, ткани организма хранятся и утилизируются с минимизацией риска инфицирования в маркированных контейнерах, согласно классификации отходов, с соблюдением температурного режима и сроков временного хранения. Жидкие биологические медицинские отходы после обезвреживания химическими методами (дезинфекции) сливаются в систему водоотведения	I
5)	Медицинский персонал обучается процедурам по обращению с медицинскими отходами регламентированных законодательством Республики Казахстан и соблюдает их на практике **	II
<b>32. Разделение на «чистую» и «грязную» зоны, комната изоляции. В медицинской организации обеспечены условия для разделения потоков пациентов имеющих и не имеющих признаки заразных инфекционных заболеваний согласно законодательству в области санитарно-эпидемиологических требований Республики Казахстан ***</b>		
1)	В медицинских организациях, организована "грязная" и "чистая" зоны, где приемное отделение и изолятор относятся к «грязной зоне», а все остальные помещения организации относятся к "чистой" зоне.	I
2)	В организации обеспечивается использование санпропускников с разделением на 2 потока: 1) из "чистой" зоны в "грязную" при входе на смену; 2) из "грязной" зоны в "чистую" при выходе со смены. Пересечение потоков не осуществляется "чистая" зона включает в состав раздевалку, комнату выдачи СИЗ. "грязная" зона включает в себя комнату снятия СИЗ, комнату сбора СИЗ	I
3)	Санпропускники оснащены в необходимом количестве СИЗ, средствами для мытья и обработки рук: антисептики, мыло, средства для сушки рук, мусорное урно, оснащенными педалью	I
4)	Персонал медицинской организации осведомлен о процедурах и алгоритмах по изоляции госпитализированных пациентов с признаками инфекционных заболеваний в специально отведенную палату-изолятор	I

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
5)	Палата-изолятор обеспечивает изолированность пребывающего в ней пациента от других палат и оборудована санитарным узлом и душевой кабиной. Вход и выход в палату-изолятор оборудован антисептиками.	I
<b>33. Обучение персонала по вопросам инфекционного контроля. Медицинская организация проводит непрерывное обучение персонала по инфекционному контролю</b>		
1)	Ежегодно весь персонал медицинской организации проходит обучение по вопросам инфекционного контроля **	III
2)	При приеме нового персонала ответственного за непосредственное обеспечение эпидемиологической и инфекционной безопасности (персонал, отвечающий за процессы стерилизации, стирки белья, утилизации медицинских отходов, персонал хирургического блока и медицинские сестры процедурных кабинетов) проходят инструктаж по вопросам инфекционного контроля и демонстрируют осведомленность в вопросах инфекционного контроля входящих в зону их профессиональной ответственности	II
3)	Дополнительное обучение по инфекционному контролю проводится для студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации	II
4)	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)	III
5)	В случае ухудшения показателей индикаторов мониторинга инфекционного контроля, в медицинской организации проводится дополнительное обучение медицинского персонала по вопросам инфекционного контроля	II
<b>34. Пищеблок. Медицинская организация минимизирует риск инфекций при приготовлении пищи</b>		
1)	Продукты питания хранятся с соблюдением санитарно-эпидемиологических требований Республики Казахстан, включая температурный режим, влажность, защиту от света, вентиляцию, сроки хранения, товарное соседство.*** В наличии имеются документы, подтверждающих происхождение, качество и безопасность продуктов питания, соблюдение условий, исключающих их загрязнение и порчу, а также попадание в них посторонних предметов и веществ	I
2)	В пищеблоке соблюдаются деление на зоны (сырая, готовая продукция), маркировка разделочного инвентаря, оборудования и тары, отдельная обработка готовых и сырых пищевых продуктов (из подпункта 3 данного стандарта и изменено)	I
3)	Проводится обработка продуктов питания, поверхностей, посуды и других мест приготовления, обработки и хранения пищи, а также вспомогательных помещений пищеблока, для предотвращения кросс-инфекций в пищеблоке в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями	I
4)	Обработку посуды проводят в следующей последовательности: механическое удаление пищи и мытье в первой мойке с обезжиривающими средствами, ополаскивание горячей водой во второй мойке и просушивание посуды на специальных полках, решетках. В буфетных инфекционных, кожно-венерологических, противотуберкулезных организаций (отделений), по эпидемиологическим показаниям в отделениях другого профиля обработка посуды и утилизация отходов проводится согласно законодательству Республики Казахстан ***	II
5)	Персонал пищеблока медицинской организации проходит медицинский осмотр, профессиональную подготовку (квалификацию, специальность), соответствующую характеру выполняемых работ, а также обучение и аттестацию в области соблюдения требований норм санитарно-эпидемиологического благополучия населения Республики Казахстан, обеспечивающих безопасность производства пищевых продуктов **	III
<b>35. Пищеблок 2. Организация работы пищеблока обеспечивает безопасную раздачу еды, хранение суточных проб и условия для мытья рук.</b>		
1)	Диетической сестрой или лицом, исполняющим обязанности диетической сестры предоставлены доказательства ежедневного оставления суточных проб приготовленных блюд. Для суточной пробы оставляются полпорции первых блюд, порционные вторые блюда, а также проба третьего блюда (при наличии)	II
2)	Суточные пробы хранятся в промаркированных (1, 2, 3 блюда) банках с крышками при температуре +20С - +60С в специально отведенном месте в холодильнике для хранения готовой пищи. По истечении 24 часов суточная проба выбрасывается в пищевые отходы. Посуда для хранения суточной пробы (емкости, крышки) обрабатывается кипячением в течение пяти минут.	II



№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
3)	Для доставки готовой пищи в буфетные отделения больницы используются промаркированные (для пищевых продуктов) термосы или посуда с закрывающимися крышками. Транспортировка осуществляется с помощью специальных тележек	III
4)	Раздачу готовой пищи производят буфетчицы и дежурные медицинские сестры отделения в халатах с маркировкой "для раздачи пищи". Представлены доказательства, что при раздаче первые блюда и горячие напитки имеют температуру не ниже +75оС, вторые – не ниже +65оС, холодные блюда и напитки – от +7оС до +14оС	III
5)	Места приготовления пищи и мытья посуды обеспечены раковинами с подводкой холодной и горячей воды, утилизационной системой, а также средствами для мытья рук.	II
<b>36. Готовность к эпидемиям и пандемиям. Медицинская организация готова к необходимым ответным действиям обеспечивающих базовые принципы защиты населения и персонала при эпидемиях или пандемии.</b>		
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, отдельную комнату для санитарной обработки вещей прибывающих и отдельная комната для хранения обеззараженных вещей и другие мероприятия) согласно законодательству Республики Казахстан	II
2)	Созданы технические условия для проведения дистанционного ведения и консультирования пациентов. Критерий оценивается при карантинных условиях во время эпидемий и пандемий.	II
3)	Ответственным лицом (-ми) проводится мониторинг соблюдения персонала стандартных мер предосторожности и правильного применения СИЗ и при необходимости обеспечение механизмов их совершенствования	II
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	II
5)	Медицинская организация имеет необходимый запас СИЗ и средств для гигиены рук или имеет договор на их незамедлительную поставку в случае возникновения карантинных условий.	II
<b>Параграф 2. Безопасность здания</b>		
<b>37. Комиссия по безопасности зданий. В медицинской организации внедряется Программа по безопасности зданий, выполнение которой координирует Комиссия по безопасности зданий</b>		
1)	Создается и работает Комиссия по безопасности зданий, которая координирует действия по поддержанию безопасности зданий и окружающей среды **	II
2)	Программа по безопасности зданий разрабатывается и осуществляется на основе законодательства Республики Казахстан и включает разделы: безопасность окружающей среды и система охраны, пожарная безопасность, готовность к чрезвычайным ситуациям, обращение с опасными материалами, медицинское оборудование, коммунальные (инженерные) системы *	III
3)	Руководством медицинской организации определены и исполняются ключевые мероприятия по улучшению безопасности зданий. Ключевые мероприятия по улучшению безопасности зданий пересматривается и определяются ежегодно	I
4)	Ежеквартально руководитель медицинской организации получает отчет от Комиссии по безопасности здания или должностного лица, ответственного за выполнение Программы по безопасности зданий, с указанием проведенных ключевых работ и существующих проблемах (рисков) безопасности зданий и окружающей среды **	II
5)	Руководитель медицинской организации раз в полгода направляет отчет в Орган управления медицинской организации о выполнении Программы по безопасности зданий с указанием проведенных ключевых работ и существующих проблем (рисков) безопасности зданий и окружающей среды. В случае, если Орган управления и руководитель медицинской организации являются одним лицом, то отчет предоставляет Комиссия по безопасности здания или должностное лицо, ответственное за выполнение Программы по безопасности зданий **	III
<b>38. Безопасность здания и окружающей среды. Здание (я) и территория медицинской организации обеспечивают безопасное предоставление медицинских услуг</b>		
1)	Состояние здания (й) и территории медицинской организации соответствуют требованиям законодательства Республики Казахстан ***	I

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
2)	Комиссия по безопасности зданий ежеквартально инспектирует (тестирует) здания и помещения, инженерные системы и оборудование с последующим документированием результатов проведенной инспекции и дефектных актов. По результатам инспекций проводятся работы по исправлению	III
3)	Инженерные системы, оборудование и прочие предметы регулярно обновляются и поддерживаются на безопасном уровне	III
4)	Как минимум в течение последних 5 лет здания и помещения проходят текущей и плановый ремонт или запланирован бюджет для прохождения текущего и планового ремонта с указанием срока освоения, составлением проектно-сметной документации	I
5)	При обнаружении значительных рисков для персонала, пациентов, посетителей или для окружающей среды, руководство медицинской организации предпринимает надлежащие действия по выделению средств, информированию заинтересованных сторон и снижению выявленных рисков	I
<b>39. Окружающая среда пациента. Окружающая среда пациента является безопасной и комфортной для его пребывания и получения медицинской помощи</b>		
1)	Полы и напольные покрытия медицинской организации безопасны и не подвергают пациентов, посетителей и персонал риску падений и травм в результате падений	II
2)	Стены и потолки в коридорах, помещениях, палатах, смотровых и процедурных кабинетах не имеют повреждений, пятен и дефектов представляющие эпидемиологические риски, а также риски связанных с износом конструкций здания	II
3)	Постельное белье и койки способствуют комфортному и безопасному пребыванию пациентов	II
4)	Туалеты и санитарные узлы обеспечивают приватное пребывание пациента и посетителей, укомплектованы и оборудованы средствами для гигиены	II
5)	В душевых, туалетах, санитарных комнатах присутствует приточно-вытяжная вентиляция с механическим побуждением без устройства организованного притока, обеспечивающая оптимальные условия микроклимата и воздушной среды (включая зоны ожиданий пациентов и общих коридорах в организациях более 150 посещений в смену)	II
<b>40. Охрана и защита. Обеспечивается охрана и защита здания и территории медицинской организации</b>		
1)	Медицинский персонал, внештатные и контрактные работники, слушатели резидентуры идентифицируются в соответствии с процедурами медицинской организации (смотреть подпункт 1) пункта 22 настоящего Стандарта)	III
2)	Сотрудниками охранной службы проводится мониторинг (видеонаблюдение и обход) здания и территории с целью охраны и защиты	II
3)	Документируются обход (инспекция) здания и передача дежурств между сотрудниками охранной службы **	III
4)	Ограничивается вход посторонних лиц в стационар и режимные помещения (зоны контроля инженерных, коммунальных систем и другие подразделения)	I
5)	Сотрудники охранной службы и персонал обучаются стандартизированным действиям при кодах безопасности (слаженные мероприятия персонала обеспечивающих спасение пациента(ов), персонала и посетителей) ** Код синий – мероприятия персонала по оказанию своевременной реанимационной помощи при остановке сердца, дыхания, судорожном синдроме Код красный – мероприятия персонала по оповещению и тушению пожара, эвакуации пациентов и посетителей Код розовый – оперативный поиск потерявшихся детей и престарелых в здании и на территории медицинской организации Код белый – оперативная защита персонала и пациентов от агрессивных пациентов	I
<b>41. Пожарная безопасность. Внедряется программа по снижению пожарного риска и задымления в здании (ях) в соответствии с законодательством Республики Казахстан</b>		
1)	Функционирует система раннего выявления пожара, в наличии исправные средства для пожаротушения, которые регулярно инспектируются и при необходимости обновляются	I
2)	Инспекция, тестирование и поддержание средств и систем для раннего выявления и тушения пожара документируются **	I
3)	Для безопасной эвакуации из здания при пожаре и других чрезвычайных ситуациях пути эвакуации поддерживаются в свободном состоянии. В наличии имеются информационные и указательные знаки (указатели выхода, размещения пожарного инвентаря и гидрантов), схемы эвакуации, с указанием знака, где	II

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
	расположена схема эвакуации на карте эвакуации (знак «Вы здесь», который может быть наклеен или обозначен ответственным персоналом на схему эвакуации)	
4)	Персонал демонстрирует знания по соблюдению алгоритмов действий при пожаре, включая использование огнетушителей, эвакуации, правила по использованию пожарных гидрантов, правила отключения кислорода	I
5)	С персоналом медицинской организации ежегодно проводятся практические учения по действиям при пожаре и задымлении (смотреть подпункты 2) и 3) пункта 42 настоящего Стандарта) **	II
<b>42. Обучение персонала по пожарной безопасности и безопасности зданий. Проводится обучение персонала медицинской организации для поддержания безопасности зданий и окружающей среды</b>		
1)	Ответственные лица (например, старшие сестры и инженер ГО и ЧС) осведомлены о расположении огнеопасных материалов, а также обучены правилам и требованиям по их хранению и обращению	II
2)	Персонал обучается и демонстрирует действия, выполняемые при пожаре, включая сообщение о пожаре, навыки применения огнетушителя	I
3)	Персонал обучается и демонстрирует знания по вопросам эвакуации пациентов, информирован о расположении пожарных выходов, правилах использования пожарных гидрантов, правилах отключения кислорода	II
4)	Специалисты, привлекаемые на договорной основе, резиденты, интерны и арендаторы помещений обучаются и осведомлены о правилах пожарной безопасности (расположение пожарных выходов, огнетушителей, эвакуация пациентов) и демонстрируют навыки использования огнетушителей	III
5)	Определено ответственное лицо за проведение инструктажа и плановое обучение по пожарной безопасности. Инструктаж и плановое обучение выполняются **	I
<b>43. Другие чрезвычайные ситуации. Внедряется программа по снижению риска прочих чрезвычайных ситуаций</b>		
1)	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 **	III
2)	На основе степени готовности к чрезвычайным ситуациям в годовом плане мероприятий определяются приоритетные направления работы **	III
3)	Выделяются ресурсы для улучшения готовности организации к чрезвычайным ситуациям	III
4)	В медицинской организации разрабатывается план действий при чрезвычайной (-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 **	III
5)	По окончании практических учений по действиям при чрезвычайных ситуациях, проводится анализ результатов проведенного обучения с разработкой плана мероприятий по улучшению несоответствий и поддержке непрерывного улучшения **	III
<b>44. 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 ***</b>		
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	II
2)	Прописываются и исполняются требования к обращению с опасными материалами, включая их маркировку, хранение, ношение защитных средств при работе, транспортировке, утилизации *	II
3)	Все опасные материалы и отходы маркируются с указанием названия (состава), срока годности (если применимо) и применимых предупреждающих знаков	II
4)	В местах применения опасных материалов имеется доступная информация по мерам предосторожности в виде информационных знаков	II
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. Персонал, работающий с опасными материалами и не биологическими отходами обучается алгоритмам по сбору данных материалов и отходов в случае их разливов ответственными лицами **	I

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
---	--------------------------------	------

**45. Медицинское оборудование и приборы. Безопасность медицинского оборудования и приборов обеспечивается путем тестирования, калибровки, поверки, поддержания в рабочем состоянии и обучения персонала**

1)	Холодильные оборудования (включая холодильные камеры), используемые в организации, оснащены приборами для контроля температуры (электронными приборами или термометрами	II
2)	Приборы для контроля температуры калибруются и поверяются минимум один раз в год	II
3)	Проводится и документируется профилактическое обслуживание, тестирование, калибровка, поддержание, ремонт медицинского оборудования: профилактическое обслуживание каждой единицы оборудования проводится с частотой согласно инструкции производителя или чаще; частота профилактического обслуживания прописана в документах медицинской организации; график профилактического обслуживания оборудования составляется ежегодно; определяется список и ведется учет всего медицинского оборудования **	I
4)	Проводится обучение персонала, работающего с оборудованием безопасной работе с медицинским оборудованием. Обученный и компетентный персонал допускается к работе с медицинским оборудованием **	III
5)	Установлен и исполняется персоналом четкий алгоритм оповещения руководства о поломке или неисправности оборудования. Заключены договора на ремонт медицинского оборудования **	II

**46. Коммунальные системы. Коммунальные и инженерные системы в медицинской организации соответствуют требованиям законодательства Республики Казахстан \*\*\***

1)	Руководством медицинской организации определяется и исполняется порядок и частота инспекций, тестирования и поддержания коммунальных и инженерных систем *	III
2)	Функционирование коммунальных и инженерных систем контролируется, поддерживается и улучшается**	III
3)	Ответственными лицами медицинской организации проводится мониторинг системы вентиляции с документированием результатов проведенного мониторинга Раз в год проводится полная очистка системы кондиционирования у всех кондиционеров	I
4)	Для предупреждения пылевого загрязнения в системе вентиляции устанавливаются фильтры, которые меняются с частотой согласно рекомендации производителя В случае если применение фильтров в системе вентиляции не применимо, то установлены и проверяются на периодичной основе защитные сетки Фильтры кондиционеров меняются или очищаются согласно рекомендациям производителя	II
5)	Коммунальные и инженерные системы, регулирующие и отвечающие за общее обеспечение, маркируются для облегчения частичного или полного отключения при чрезвычайных ситуациях	III

**47. Вода и электричество. В медицинской организации обеспечивается непрерывный доступ к воде и электричеству, включая их альтернативные источники**

1)	В медицинской организации питьевая вода и электричество являются доступными круглосуточно в любое время года	I
2)	В медицинской организации определяются зоны и услуги, для которых наиболее важно электроснабжение из альтернативного источника. Обеспечен доступ и (или) подключение альтернативного источника электроснабжения к выбранным зонам и услугам **	III
3)	Альтернативные источники электроснабжения тестируются ежеквартально, имеется необходимый запас топлива для выработки электричества из альтернативного источника **	III
4)	Имеется договор об обеспечении организации привозной водой в случае отключения водоснабжения. Разработаны алгоритмы доставки привозной воды в места пользования ** Если альтернативным источником водоснабжения служит скважина, то микробиологическое и биохимическое качество воды подтверждается раз в полгода, с заключением эпидемиолога о применимости воды в качестве альтернативного источника водоснабжения	III
5)	Система очистки воды, используемая в отделении (центре) диализа, соответствует стандарту организации оказания нефрологической помощи населению Республики Казахстан ***	I

**Параграф 3. Безопасность лекарственных средств и изделий медицинского назначения**

**48. Управление лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения. В медицинской организации обеспечивается безопасное обращение с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в организации**

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
1)	Обращение с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	II
2)	Ежегодно проводится анализ системы управления оборотом лекарственных средств и изделий медицинского назначения, включающий: планирование и закуп; хранение; врачебные назначения; приготовление или разведение; введение лекарственных средств пациенту; мониторинг лечебного эффекта **	III
3)	Проводится анализ системы управления лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, включающий оценку рисков (выявление проблем или зон высокого риска, связанных с использованием лекарственных средств) **	II
4)	Разрабатываются и исполняются процедуры, описывающие каждый этап управления лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения: планирование и закуп; хранение; врачебные назначения; приготовление или разведение; введение лекарственных средств пациенту; мониторинг эффекта лекарственных средств *	I
5)	Создается и функционирует формулярная комиссия, рассматривающая вопросы управления лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, включая утверждение формулярного списка **	I
<b>49. Хранение лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Лекарственные средства и изделия медицинского назначения хранятся безопасно и надлежащим образом в соответствии с законодательством Республики Казахстан***</b>		
1)	Все лекарственные средства и изделия медицинского назначения хранятся с указанием названия (содержания), установленными сроками годности. В помещениях хранения лекарственных средства хранятся раздельно: по фармакологическим группам; в зависимости от способа применения (внутреннее, наружное); в зависимости от агрегатного состояния; в соответствии с физико-химическими свойствами и влиянием различных факторов внешней среды.	II
2)	Лекарственные средства и изделия медицинского назначения хранятся с соблюдением температурного режима, влажности и прочих условий, в соответствии с требованиями к их хранению	I
3)	Наркотические и другие лекарственные средства, подлежащие строгому учету и контролю, хранятся в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	I
4)	Внутренние правила медицинской организации и их исполнение обеспечивают сохранность лекарственных средств и изделий медицинского назначения от утери и кражи	II
5)	Персоналом аптеки / утвержденными должностными лицами проводится контроль всех мест хранения лекарственных средств и изделий медицинского назначения в медицинской организации для обеспечения хранения лекарственных средств в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан **	I
<b>50. Особые случаи обращения с лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и их уничтожение. Прописываются особые случаи обращения с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения и их уничтожение</b>		
1)	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется соблюдение порядка выявления и уничтожения лекарственных средств и изделий медицинского назначения с истекшим сроком годности	III
2)	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется соблюдение порядка обращения лекарственных средств и изделий медицинского назначения, приобретенных пациентом (личных, принесенных извне) *	I
3)	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется порядок обращения с наборами лекарственных средств и изделий медицинского назначения для экстренных случаев (противошоковая укладка, противоэпидемическая укладка, реанимационный набор), включая их защиту от кражи и потери, своевременную проверку готовности набора и восполнение содержимого	I
4)	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)	II
5)	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется порядок обращения с радиофармацевтическими и другими опасными лекарственными средствами *	I
<b>51. Назначение лекарственных средств. Прописывается процесс назначения лекарственных средств и проверки назначений лекарственных средств</b>		



№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
1)	Утверждены и исполняются требования к назначению лекарственных средств, включая заполнение обязательной информации в листе назначений или рецепте: идентификация пациента; название лекарственных средств (международное непатентованное или торговое наименование); доза; путь введения; кратность; длительность курса *	II
2)	Опрошенный врачебный и медсестринский персонал демонстрирует знание по требованиям к назначению лекарственных средств	I
3)	В медицинской организации исполняется процедура контроля правильности заполнения листов врачебных назначений или рецептов (смотреть подпункт 1) пункта 51 настоящего Стандарта)	I
4)	Проводится проверка назначений лекарственных средств в текущих медицинских картах для выяснения обоснованности и полноты назначения (смотреть подпункт 2) пункта 9 и подпункт 3) пункта 54 настоящего Стандарта)	II
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)	III
<b>52. Подготовка и введение лекарственных средств. Лекарственные средства готовятся в безопасной и чистой обстановке, введение лекарственных средств руководствуется принципам безопасности пациента</b>		
1)	Процедурные кабинеты и (или) места разведения и приготовления лекарственных средств являются чистой и безопасной рабочей зоной	III
2)	Медицинский персонал следует алгоритмам и этапам гигиены рук при приготовлении и введении пациенту лекарственных средств	III
3)	Каждое лекарственное средство, введенное пациенту и принятое пациентом в медицинской организации, документируется в листе назначений (или ином документе) с указанием времени и автора записи **	II
4)	Безопасное введение лекарственных средств в медицинской организации обеспечивается проверкой правильности пяти пунктов: тот ли это пациент, лекарственное средство, доза, путь введения, время и частота приема	I
5)	Прописывается процесс самостоятельного введения пациентом лекарственных средств (ингалятор или инсулиновая ручка) *. Пациенты с соответствующей патологией подтверждают, что обучены самостоятельному применению ингалятора или инсулиновой ручки согласно прописанному процессу	III
<b>53. Мониторинг действия лекарственного средства. Проводится мониторинг эффекта лекарственных средств и информирование пациента о действии лекарственного средства</b>		
1)	Разрабатываются и исполняются процедуры по проведению мониторинга эффекта лекарственных средств и побочных эффектов *	I
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) (смотреть подпункт 4) пункта 78 настоящего Стандарта)	II
3)	В медицинской организации внедрен процесс выявления, сообщения и анализа потенциальных ошибок и ошибок, связанных с назначением или введением лекарственных средств (смотреть пункт 5 настоящего Стандарта)	I
4)	Для врачей и прочего персонала, вовлеченных в обращение с лекарственными средствами, имеется в доступе справочная информация по лекарственным средствам	II
5)	Исполняются процедуры по проведению мониторинга эффекта лекарственных средств и побочных эффектов **. Данные по побочным эффектам собираются и принимаются мероприятия по анализу и улучшению	I
<b>54. Контроль антибиотиков. Медицинская организация внедряет программу по контролю антибиотиков</b>		
1)	Программа (руководство) по контролю антибиотиков включает список антибиотиков, назначение которых ограничено, а также описывает показания к применению резервных антибиотиков *	I
2)	Программа или руководство по контролю антибиотиков разрабатывается коллективно (с участием врачей и (или) клинического фармаколога, специалистов по инфекционному контролю, микробиологии)	II
3)	Медицинские карты регулярно просматриваются на предмет выполнения программы или руководства по контролю антибиотиков	I
4)	Врачи и другие пользователи информированы о требованиях программы или руководства по контролю антибиотиков	I
5)	Выполнение программы или руководства по контролю антибиотиков контролируется через индикаторы, используемые для улучшения качества медицинской помощи **	I

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
---	--------------------------------	------

## ГЛАВА 4. ЛЕЧЕНИЕ И УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ

<b>Параграф 1. Безопасность пациента</b>		
<b>55. Идентификация пациента. Безопасность пациента повышается через процесс идентификации пациента</b>		
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 *	I
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 осведомленность о процедурах по идентификации пациента	I
3)	В стационаре идентификация пациента облегчается путем использования идентификационного браслета с двумя идентификаторами, либо через другие альтернативные способы идентификации пациента, утвержденные руководством медицинской организации	I
4)	Идентификаторы пациента присутствуют во всех формах медицинских карт. На контейнерах с биоматериалами пациента присутствуют идентификаторы пациента или штрих-код, синхронизированный с информационной системой, отражающей идентификаторы пациента	I
5)	Процесс идентификации пациента мониторируется 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	I
<b>56. Эффективная передача информации. Безопасность пациентов повышается через стандартизированный процесс передачи устной и (или) телефонной информации</b>		
1)	Разрабатывается и исполняется СОП приема и передачи информации устно и (или) по телефону, где прописано, что получатель информации записывает и прочитывает сообщение вслух, сообщающее лицо подтверждает правильность сообщения	I
2)	Сообщения о критических результатах лабораторных и диагностических исследований, устные назначения лекарственных средств пациенту передаются согласно СОП приема и передачи информации устно и (или) по телефону	I
3)	Медицинская организация устанавливает список критических значений для всех лабораторных и диагностических исследований (оказываемых медицинской организацией или переданных в аутсорсинг)	I
4)	Разрабатываются и исполняются 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)	I
5)	Процесс передачи устной и (или) телефонной информации при сообщении критических результатов лабораторных и диагностических исследований и процесс передачи пациента между организациями и службами мониторируется через индикатор (-ы), которые применяются для повышения безопасности пациента **	I
<b>57. Лекарственные средств высокого риска (лекарственные средства обладающих высоким риском развития побочного действия и нанесения значительного вреда здоровью пациента, а также лекарственные средства схожие с наименованиями либо упаковками других лекарственных средств). Безопасность пациентов повышается за счет стандартизированной маркировки и безопасного обращения с лекарственными средствами высокого риска</b>		



№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
1)	Разрабатывается и исполняется СОП, описывающая обращение с лекарственными средствами высокого риска * Процедура включает: маркировку лекарственных средств высокого риска; хранение лекарственных средств высокого риска; назначение и применение – если есть особенности; список лекарственных средств высокого риска*	I
2)	Разрабатывается и исполняется СОП, описывающая обращение с концентрированными электролитами * Процедура включает: маркировку концентрированных электролитов; хранение концентрированных электролитов – запрет на хранение в местах редкого использования, хранение только в местах клинической необходимости; назначение и применение – если есть особенности; список концентрированных электролитов*	I
3)	Разрабатывается и исполняется СОП, описывающая обращение с лекарственными средствами со схожим названием и схожей упаковкой. Процедура включает: маркировку лекарственных средств со схожим названием и схожей упаковкой; запрет на хранение лекарственных средств на одной полке или рядом, если у них созвучны названия или схожий внешний вид; назначение и применение – если есть особенности; список лекарственных средств со схожим названием и схожей упаковкой*	I
4)	Ответственный персонал (врачи, средний медицинский персонал, персонал аптеки) осведомлены о требованиях по обращению с лекарственными средствами высокого риска, концентрированными электролитами, с лекарственными средствами со схожим названием и схожей упаковкой	I
5)	Обращение с концентрированными электролитами, лекарственными средствами высокого риска и лекарственными средствами со схожим названием, и схожей упаковкой мониторируются через индикаторы, которые применяются для повышения безопасности пациента **	I
<b>58. Хирургическая безопасность: правильный участок тела, правильная процедура и правильный пациент. Безопасность пациентов повышается за счет стандартизированной предоперационной верификации (подтверждение соответствия пациента планируемой инвазивной процедуре) и тайм-аута (проверка готовности медицинского персонала к операции или инвазивной процедуре высокого риска), чтобы обеспечить правильную процедуру на правильном участке тела правильному пациенту</b>		
1)	В медицинской организации разрабатываются и исполняется 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 *	I
2)	Участок тела маркируется перед операцией и инвазивной процедурой высокого риска в виде единого знака, утвержденного в медицинской организации, врачом, который будет выполнять операцию (процедуру)	I
3)	В соответствии с процедурами и формой, утвержденными руководством медицинской организации осуществляется предоперационная верификация, включающая проверку процессов: подтверждение пациентом своих идентификаторов (полное имя, дата рождения); подтверждение пациентом информированного согласия на осуществление оперативного вмешательства или процедуру высокого риска; подтверждение пациентом участка оперативного вмешательства (сторона и участок тела и (или) орган); маркировка места операции; наличие или отсутствие аллергии у пациента; проблемы дыхательных путей у пациента	I
4)	Вся хирургическая команда участвует в процедуре тайм-аута, включающего следующие этапы: идентификация пациента;	I

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
	подтверждение названия оперативного вмешательства или инвазивной процедуры; подтверждение участка и стороны оперативного вмешательства или инвазивной процедуры; готовность хирургической бригады к операции. Тайм-аут документируется в медицинской карте	
5)	Выполнение предоперационной верификации и процедуры тайм-аута мониторируются через индикаторы, которые применяются для повышения безопасности пациента **	I
<b>59. Гигиена рук. Безопасность пациентов повышается за счет комплексных мероприятий по гигиене рук для предотвращения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи</b>		
1)	Разрабатываются и исполняются основанные на доказательной базе (литературе) процедуры, описывающие виды и этапы мытья рук (обработки рук), а также показания для обработки рук *	I
2)	Процедуры по обработке рук выполняются по всей медицинской организации	I
3)	Ресурсы для выполнения процедур обработки рук представлены в необходимом объеме (смотреть подпункт 3) пункта 11, подпункт 4) пункта 26, подпункт 2) пункта 27 настоящего Стандарта)	I
4)	Медицинский персонал обучаются видам, этапам и показаниям обработки рук **	I
5)	Практика обработки рук мониторируются через индикатор (-ы), которые применяются для повышения безопасности пациента **	I
<b>60. 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</b>		
1)	В медицинской организации созданы как минимум следующие условия минимизирующие риск падения пациентов: выдача колясок, тростей, костылей нуждающимся в этом пациентам, маркировка первой и последней лестницы, установки табличек мокрый пол при мойке полов, поручни в санитарных узлах, на полах отсутствуют разбитый кафель и порванный линолеум создающие риск падения, высокие пороги	I
2)	Процедура оценки риска падения имеет четкие критерии и проводится пациентам стационара, а также пациентам, получающим услуги высокого риска	I
3)	Оценка и переоценка риска падения (после анестезии, хирургического вмешательства или определенных процедур высокого риска) выполняются, когда это требуется и своевременно документируются в медицинской карте **	I
4)	Выполняются действия по профилактике падений, включая сопровождение пациентов с высоким риском падения и другие действия, определенные в правилах медицинской организации (смотреть пункт 61 настоящего Стандарта)	I
5)	Мероприятия по профилактике падений мониторируются через индикатор (-ы), которые применяются для повышения безопасности пациента **	I
<b>Параграф 2. Права пациента</b>		
<b>61. Доступ к медицинской помощи. Доступ к медицинской помощи облегчается в том числе и для лиц с ограниченными возможностями</b>		
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. Вход в здание оборудован поручнями и перилами	II
2)	Для лиц с ограниченными возможностями являются доступными инвалидные кресла, костыли, трости	II
3)	Исполняются процедуры по обеспечению сопровождения лиц с ограниченными возможностями (смотреть подпункт 4) пункта 60 настоящего Стандарта)	I
4)	Туалеты для пациентов с ограниченными возможностями, палаты и другие места, определенные руководством медицинской организации, имеют кнопки вызова или другие средства вызова помощи со стороны медицинского персонала. Туалеты для пациентов с ограниченными возможностями оборудованы поручнями	I
5)	Пациенты ПМСП имеют возможность записи на прием к врачу общей практики, терапевту и педиатру через интернет посредством медицинских информационных платформ и систем (при наличии службы ПМСП)	I

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
---	--------------------------------	------

**62. 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 обеспечивает доступность информации для пациентов о своих правах и обязанностях в местах наглядной агитации (например, постеры или видеоролики в холлах ожидания), включая права на конфиденциальность, уважительное отношение и доступ к информации касательно оказываемой медицинской помощи (услуги) **	II
2)	Информация о правах пациента и их законных представителях в местах агитации размещена на государственном и русском языках в соответствии с законодательством Республики Казахстан **	III
3)	Пациенты информируются о своих правах и солидарной ответственности за свое здоровье, которая включает информирование врача о предыдущих заболеваниях, лечении, обследованиях, необходимость следования рекомендациям медицинского персонала (например, через общее информированное согласие, информацию на стендах, видеоролики)	II
4)	Пациенты информируются о своих обязанностях, включая обязанности проявлять в общении с медицинскими работниками уважение и такт, не совершать действий, нарушающих права других пациентов (например, через общее информированное согласие, информацию на стендах, видеоролики) (смотреть подпункт 5) пункта 65 настоящего Стандарта)	II
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 **	II

**63. Барьеры и предпочтения. Выявляются и снижаются риски доступности медицинской помощи (возрастные, физические, языковые, культурные и другие ограничения пациентов) и конфиденциальности**

1)	Здание(-я), помещения здания(-й) (коридоры, холлы) медицинской организации и прилегающая к ней территория оборудованы необходимыми информационными и указательными знаками	III
2)	При обращении пациентов с коммуникативными проблемами (языковой барьер, потеря слуха, потеря речи и т.д.) медицинская организация предпринимает все необходимые меры для обеспечения их надлежащей медицинской помощью	II
3)	Медицинский персонал не ограничивает культурные или духовные предпочтения пациентов и не препятствует пациентам в доступе к духовной помощи. Осмотр пациента, лечебное и диагностические процедуры учитывают культурные и религиозные убеждения	II
4)	Медицинская организация обеспечивает приватность пациента в процессе лечения и предоставления ухода, включая потребность в приватности по культурным и религиозным убеждениям	II
5)	При госпитализации пациента в отделение, средний медицинский персонал проводит инструктаж пациента о режиме работы 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)	I

**64. Обращения пациентов и их законных представителей. Обращения пациентов и их законных представителей принимаются и рассматриваются своевременно и объективно**

1)	В организации существует и используется процесс приема обращений от пациентов и их законных представителей относительно нарушения прав пациента, персонал осведомлен о данном процессе	II
2)	Информация о процедуре подачи обращений доступна для пациентов. Регистратура (-ы) имеет журналы обращений (жалобы, благодарности) и предоставляет их пациентам по запросу	II
3)	Обращения пациентов и их законных представителей рассматриваются своевременно и объективно в течение периода времени, определенного законодательством Республики Казахстан ***	II
4)	Персоналом службы поддержки пациента и контроля качества проводится сбор, обработка, анализ и мониторинг обращений в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации.	I
5)	Результаты анализа обращений используются для повышения качества медицинских услуг организации здравоохранения	II

**65. Общее информированное добровольное согласие пациента на медицинские услуги. Медицинской организацией внедряются процедуры получения общего информированного добровольного согласия пациента на медицинские услуги**

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
1)	Процесс получения общего информированного добровольного согласия пациента или его законного представителя определяется в процедурах, утвержденных руководством медицинской организации *	II
2)	Пациенты медицинской организации подтверждают, что прошли процедуру ознакомления с общим информированным добровольным согласием и его подписанием	I
3)	Персонал первой линии (персонал приемного покоя, регистраторы) обучены и исполняют процесс получения общего информированного добровольного согласия пациента или их законного представителя на медицинские услуги	II
4)	При ознакомлении с общим информированным добровольным согласием пациенты или их законные представители ставят подпись и информируются об исследованиях, процедурах и лечении, требующих отдельного специального информированного согласия, указывают согласие или не согласие на фото и (или) видео съемку	II
5)	При ознакомлении с общим информированным добровольным согласием пациенты или их законные представители ставят подпись и информируются об основных правах и обязанностях (смотреть подпункты 3) и 4) пункта 62 настоящего Стандарта)	III
<b>66. Специальное информированное добровольное согласие пациента. Медицинской организацией внедряются процедуры получения специального информированного добровольного согласия пациента на медицинские услуги перед операцией, анестезией, процедурной седацией, а также при других процедурах высокого риска</b>		
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	II
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	I
3)	Пациенты медицинской организации подтверждают, что прошли процедуру ознакомления со специальным информированным согласием и его подписанием	I
4)	Информация специального информированного добровольного согласия пациента или их законных представителей на процедуры и лечение высокого риска включает описание преимуществ и рисков запланированного лечения **	I
5)	Информированное добровольное согласие пациента оформляется и документируется в медицинской карте перед любой операцией, процедурой высокого риска, анестезией и седацией, перед участием в научном проекте или в экспериментальном лечении и в других ситуациях, определенных медицинской организацией *	I
<b>67. Отказ от лечения и право на второе мнение. Пациент информирован о праве на отказ от предложенной медицинской помощи и имеет право на второе мнение</b>		
1)	Руководством медицинской организации утверждена процедура оформления отказа пациента от предложенной медицинской помощи (полностью или частично, от продолжения лечения), а также предоставления пациенту второго мнения в соответствии с законодательством Республики Казахстан *	III
2)	Отказ от лечения или части лечения с указанием возможных неблагоприятных последствий для здоровья оформляется в специальной форме отказа и подписывается пациентом либо его законным представителем, а также задействованным медицинским работником в соответствии с утвержденными руководством процедурами медицинской организации	II
3)	По требованию пациента организация предоставляет информацию о процессе проводимого лечения в полном объеме (копии результатов врачебных осмотров, диагностических исследований и другие формы медицинской документации, относящиеся к осмотру и лечению пациента) для возможности получения пациентом второго мнения, согласно утвержденным процедурам медицинской организации *	III
4)	При отказе от лечения или части лечения, медицинский персонал информирует его об альтернативных видах лечения, возможных рисках и осложнениях вследствие отказа и документирует	II
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	II
<b>Параграф 3. Организация Первично медико-санитарной помощи прикрепленному населению (при наличии)</b>		

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
---	--------------------------------	------

<b>68. Распределение нагрузки. Распределение нагрузки на медицинский персонал способствуют качественной первичной медико-санитарной помощи в соответствии с законодательством Республики Казахстан</b>		
1)	Количество прикрепленного населения на одного врача общей практики не превышает 1 700 человек смешенного населения или соответствует требованиям законодательства Республики Казахстан	I
2)	Количество прикрепленного населения на одного участкового терапевта не превышает 2 200 человек или соответствует требованиям законодательства Республики Казахстан	I
3)	Количество прикрепленного населения на одного участкового педиатра 500 детей от 0 до 6 лет или соответствует требованиям законодательства Республики Казахстан	I
4)	Количество прикрепленного населения на одного участкового педиатра 900 детей от 0 до 14 лет или соответствует требованиям законодательства Республики Казахстан	I
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	I
<b>69. 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 ***</b>		
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 (ИББДВ) обучен основным принципам ИББДВ	I
<b>70. 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 *</b>		
1)	Разрабатывается программа и внедряется процесс управления хроническими неинфекционными заболеваниями (оценка статуса прикрепленного населения, формирование стратегий по ведению пациентов, утверждение списков пациентов, индикаторов мониторинга)	III
2)	Руководством медицинской организации определяются ответственные лица для реализации программы по управлению хроническими неинфекционными заболеваниями из числа руководителей медицинской организации, врачей, медицинских сестер и прочего персонала (мультидисциплинарная команда)	III
3)	Проводится обучение пациентов по программе поддержки самоменеджмента и медицинского персонала по применению инструментов внедрения программы управления заболеваниями (ведение карт наблюдения, регистров)	II

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
4)	Проводится мониторинг для оценки эффективности мероприятий по управлению хроническими неинфекционными заболеваниями в соответствии с утвержденными руководством процедурами медицинской организации	I
5)	Результаты мониторинга применяются для принятия решений об обучении медицинского персонала и других мероприятий для улучшения деятельности медицинской организации	II
<b>71. Профилактические осмотры. Порядок проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп лиц обеспечивает плановый и своевременный осмотр в соответствии с законодательством Республики Казахстан</b>		
1)	Проводится ежегодное формирование и составление списка целевых групп, подлежащих профилактическим медицинским осмотрам в предстоящем году с последующей ежемесячной коррекцией целевых групп	II
2)	Персоналом проводится оповещение целевых групп взрослого населения о необходимости и условиях прохождения профилактических медицинских осмотров	II
3)	Персоналом проводится приглашение целевой группы населения на профилактический медицинский осмотр	II
4)	Персоналом проводится инструктаж о необходимых подготовительных действиях со стороны пациента перед проведением осмотра	II
5)	Для лиц с выявленной патологией проводится дообследование и постановка на диспансерное наблюдение с заполнением данных в медицинскую информационную систему	II
<b>72. Безопасность прививочных процедур. Прививочные кабинеты безопасны для проведения прививочных процедур и соответствуют требованиям национального законодательства</b>		
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
<b>73. Амбулаторно-поликлиническая помощь для пациентов с болезнями сердца. На уровне ПМСП организована работа по наблюдению, ведению и лечению пациентов с болезнями.</b>		
1)	На уровне ПМСП установлено наличие кабинета кардиолога. Врач-кардиолог осуществляет прием и лечение пациентов с болезнями сердца и курируетхождение необходимого комплекса диагностических, лабораторных и инструментальных исследований в соответствии с протоколами диагностики и лечения	II
2)	Осуществляется своевременная диспансеризация кардиологических пациентов	II
3)	Проводятся профилактические осмотры и скрининговые исследования населения на болезни системы кровообращения, в том числе ишемическую болезнь сердца, артериальную гипертензию и сахарный диабет	II
4)	ПМСП ежеквартально проводит мероприятия среди населения, направленные на первичную и вторичную профилактику болезней системы кровообращения	II
5)	ПМСП осуществляет деятельность Школы здоровья (школа артериальной гипертонии, 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
<b>74. Онкологическая служба на уровне амбулаторно-клинического приема. Онкологическая служба обеспечивает своевременное реагирование согласно законодательству Республики Казахстан</b>		



№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
1)	Ведётся журнал регистрации пациентов с подозрением на онкологическое заболевание, выявленным на уровне врача общей практики и онколога **	II
2)	Ведется документация по пациентам, состоящим на диспансерном учете с хроническими и предраковыми заболеваниями, журнал диспансеризации, актуализируются база регистра диспансерных больных	III
3)	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
4)	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
5)	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
<b>75. Организация приема амбулаторных пациентов. Процесс приема амбулаторных пациентов стандартизован и улучшается (при наличии ПМСП и (или) амбулаторной консультативно-диагностической службы)</b>		
1)	Имеется график приема (консультации) врачей, доступный для пациентов (смотреть подпункт 1) пункта 10 настоящего Стандарта)	II
2)	Расположение регистратуры обеспечивает максимальную доступность медицинского персонала (круговое, веерное расположение регистратуры в новых и строящихся зданиях) по принципу "ближе к посетителю"	III
3)	Регистратура оснащается в соответствии с производственными потребностями, обеспечивая непрерывную связь во время работы медицинской организации	II
4)	Службой качества проводится внутренний мониторинг ожидания пациентов приема или услуг. Руководство медицинской организации принимает меры, основанные на анализе мониторинга	III
5)	Организовано эффективное распределение потоков пациентов посредством визуальной маршрутизации по отделениям, кабинетам и службам	II
<b>Параграф 4. Организация стационарной службы</b>		
<b>76. 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 профиля медицинской организации</b>		
1)	В медицинской организации разработаны и утверждены правила по триажу с описанием алгоритмов и критериев триажа. Персонал первой линии (приемный покой, регистраторы, медицинские сестры, охрана) осведомлены о правилах триажа	II
2)	От приемного покоя обеспечен незамедлительный доступ и путь в операционную или палату интенсивной терапии	II
3)	Медицинская организация имеет специальные зоны триажа для оказания первой помощи срочным и экстренным пациентам.	II
4)	Путь к зонам триажа для оказания первой помощи срочным и экстренным пациентам сопровождается маршрутной визуализацией от приёмного отделения и регистратуры (при ее наличии)	III
5)	Зоны триажа где оказывается медицинская помощь пациентам (желтая и красная зоны) оборудованы или имеют незамедлительный доступ к необходимым ЛС, ИМН и оборудованию для оказания первой помощи (смотреть пункт 86 настоящего Стандарта)	I
<b>77. Интегрированная помощь. Работа квалифицированного персонала обеспечивает целостный и интегрированный уход за пациентом</b>		
1)	Персонал приемного покоя демонстрирует знания и навыки незамедлительного оповещения узких специалистов, при получении информации о транспортировке экстренного пациента с высокой степенью приоритетности	III



№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
2)	Медицинская карта и формы сопровождают пациента и доступны для лиц вовлеченных в оказание лечебных мероприятий пациента (лечащий врач, узкие специалисты, средний персонал)	III
3)	Квалифицированные специалисты проводят осмотры на основе их образования, квалификации и навыков, подтвержденных документами (смотреть подпункты 2) и 3) пункта 18 настоящего Стандарта)	III
4)	Диетический стол соответствует диагнозу пациента, а также учитывает имеющиеся аллергии, непереносимость пищевых продуктов и получаемое лечение	II
5)	Установлен и исполняется процесс консультации узких специалистов и диагностических процедур, способствующий целостности ухода и своевременному внесению данных в медицинскую карту пациента *	III
<b>78. Первичный осмотр и план лечения. Первичный осмотр является информативным для определения плана лечения, план лечения включает цели лечения и соответствует протоколам диагностики и лечения</b>		
1)	Первичный осмотр, записи первичного осмотра лечащего врача и узких специалистов соответствует правилам медицинской организации обеспечивающих исполнение требований стандартов аккредитации и законодательства Республики Казахстан	II
2)	В медицинской карте пациента содержится информация об основных текущих и перенесенных заболеваниях пациента, постоянно принимаемых лекарственных средств, аллергиях, непереносимости пищевых продуктов, операциях, контактные данные и адрес проживания пациента	II
3)	По результатам первичного осмотра, результатов обследований и предыдущих осмотров и/или консультаций узких специалистов (при показаниях) составляется план лечения и ухода, который включает цели и желаемые результаты лечения	II
4)	Пациенты вовлекаются в план лечения и ухода путем объяснения назначенного лечения в доступной форме, возможностью задавать вопросы и предоставления рекомендаций по поиску источников информации касательно предоставляемого лечения. Пациенты подтверждают, что были вовлечены в составление плана лечения и ухода	II
5)	План лечения соответствует требованиям клинических протоколов, утвержденных руководством медицинской организации	II
<b>79. Осмотр пациента в динамике. Состояние пациента наблюдается и документируется в динамике</b>		
1)	Состояние пациента наблюдается и документируется в динамике с целью оценки достижения целей или желаемых результатов от плана лечения	III
2)	Пациент или его представители информируется и осведомлены о динамике проводимого лечения и его результатах	III
3)	План лечения обновляется в зависимости от состояния, диагноза пациента или на основе новой информации и по результатам повторных осмотров. Частота повторных осмотров средним и врачебным медицинским персоналом стандартизировано с учетом состояния пациента	III
4)	Повторные осмотры пациента документируются в формах дневниковых записей врача с указанием состояния пациента в динамике. Дневниковые записи соответствуют правилам организации обеспечивающих требования стандартов аккредитации и законодательства Республики Казахстан	III
5)	При появлении признаков ухудшения состояния пациента принимаются соответствующие меры в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации. 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	III
<b>80. Планирование выписки и перевод на другой уровень ухода. Пациент вовлекается в процесс планирования выписки и перевод на другой уровень ухода с учетом особенностей в уходе и других потребностей. Организованы условия перевода пациента между организациями, а также в / из отделения реанимации и интенсивной терапии.</b>		
1)	Планирование выписки начинается с пункта первого контакта пациента с медицинской организацией, обновляется по мере необходимости и документируется в медицинской карте пациента	III

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
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	III
3)	Опрос ответственного персонала или другие представленные доказательства подтверждают, что перевод пациента в другую медицинскую организацию проводится на основе переводного эпикриза, который содержит причину перевода, проведенное лечение, состояние пациента на момент перевода и дальнейшие рекомендации. Опрос ответственного персонала или другие представленные доказательства подтверждают, что пациент сопровождается квалифицированным медицинским персоналом в зависимости потребностей пациента с заполнением транспортировочного листа отражающий состояния пациента во время транспортировки, оказанного лечения, названия принимающей организации, фамилии сопровождающих и принимающих пациента медицинского персонала	II
4)	Пациенты вовлекается в процедуры перевода 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	III
5)	Медицинская организация устанавливает критерии перевода пациента в/из отделение реанимации или палату интенсивной терапии основываются на объективных физиологических параметрах	I
<b>81. Выписка из медицинской карты пациента. Выписной эпикриз содержит ключевую информацию об оказанной медицинской помощи</b>		
1)	Готовность пациента к выписке определяется общим состоянием пациента и четкими показаниями к выписке	II
2)	Выписной эпикриз содержит причину госпитализации, основной диагноз, сопутствующие заболевания, ключевые данные осмотров, обследований, проведенное лечение, основные принятые лекарственные средства	II
3)	Выписной эпикриз содержит информацию о состоянии пациента на момент выписки и подробные рекомендации по дальнейшему лечению и уходу	II
4)	Копия выписного эпикриза хранится в медицинской карте, другая копия выписного эпикриза выдается пациенту в день выписки, либо выдается медицинскому работнику, ответственному за дальнейшее лечение пациента, с обязательным ознакомлением пациента с содержанием выписного эпикриза	II
5)	Если пациент покидает медицинскую организацию без предупреждения или против рекомендаций врача, проводится информирование пациента и (или) его законных представителей, или врача по месту жительства о возможных рисках и последствиях **	II
<b>82. 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)</b>		
1)	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	I
2)	Внедряются процедуры, описывающие особенности осмотра, лечения, ухода, обращения с пациентами группы риска *	II
3)	Форма осмотра пациента по необходимости дополняется информацией, важной для пациентов группы риска (модификация формы осмотра) **	III
4)	При выявлении жертв насилия организация контактирует с заинтересованными социальными, правоохранительными органами и иными организациями	III

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
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 пункты 8 и 66 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"> <li>хирургические операции;</li> <li>анестезиологические процедуры;</li> <li>применение ионизирующих излучений, радиоактивных изотопов и ядерной медицины;</li> <li>использование цитотоксических лекарственных средств;</li> <li>процедуры, связанные с применением наркотических лекарственных средств;</li> <li>использование оборудования и медицинских приборов;</li> <li>идентификация и передача биологических образцов пациента;</li> <li>научные исследования и клинические испытания (если проводятся);</li> <li>риски оборудования, например риск возгорания / травмы от использования лазеров;</li> <li>управление кровью и ее компонентами</li> </ul>	II
<b>83. Организация анестезиологической службы. Услуги по анестезии и седации являются доступными и соответствуют законодательству Республики Казахстан и профессиональным требованиям</b>		
1)	Руководством медицинской организации определяется квалифицированное ответственное лицо, осуществляющее контроль анестезиологической службы и всех услуг по анестезии и седации. Функции квалифицированного ответственного лица прописываются в должностной инструкции	II
2)	Лица ответственные за проведение анестезии и седации проходят обучение или повышение квалификации по вопросам анестезии, седации и (или) реанимации минимум раз в 5 лет.	I
3)	Оказываемые услуги по седации и анестезии соответствуют профессиональным стандартам, клиническим протоколам	I
4)	Реанимационная помощь (оборудование, лекарственные средства, изделия медицинского назначения и специалисты) доступна при оказании анестезии и седации (смотреть пункт 86 настоящего Стандарта)	II
5)	Оформляется специальное информированное добровольное согласие пациента на анестезию и седацию (пациенту говорится о преимуществах, рисках, возможных осложнениях и альтернативах предлагаемой анестезии или седации) **	III
<b>84. Анестезия. Разрабатываются и внедряются процедуры или руководства по анестезии *</b>		
1)	Перед проведением анестезии анестезиологом проводится и документируется в медицинской карте предварительный осмотр пациента (смотреть подпункт 1) пункта 14 настоящего Стандарта)	II
2)	Перед началом анестезии анестезиологом проводится и документируется прединдукционная оценка состояния пациента	II
3)	Физиологический статус во время анестезии на основе жизненно-важных функций наблюдается и документируется в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации **	II
4)	Пост-анестезиологический статус каждого пациента мониторируется на основе контроля показателей жизненных функций его организма, и в дальнейшем документируется в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации (смотреть подпункт 1) пункта 14 настоящего Стандарта)	II
5)	Решение о пробуждении пациента принимается анестезиологом в соответствии с утвержденными руководством медицинской организации процедурами	II
<b>85. Седация. Разрабатываются и внедряются процедуры или руководства по седации *</b>		
1)	Перед проведением седации квалифицированный врач проводит и документирует в медицинской карте предварительный осмотр пациента (смотреть подпункт 1) пункта 14 настоящего Стандарта)	II
2)	В правилах медицинской организации по организации анестезии и седации перечислены все места, где проводится седация для сопровождения болезненных процедур *	III

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
3)	При проведении седации доступны лекарственные средства, изделия медицинского назначения, оборудование и специалист (-ы) для оказания экстренной реанимационной помощи (смотреть пункт 86 настоящего Стандарта)	II
4)	Седация осуществляется квалифицированным врачом-анестезиологом	II
5)	Восстановление после седации определяется на основе утвержденных критериев пробуждения, которые документируются в медицинской карте	II
<b>86. Экстренная медицинская помощь (реанимация и код синий). Служба по оказанию экстренной медицинской помощи является доступной по всей организации *</b>		
1)	Круглосуточно на территории медицинской организации доступна служба экстренной медицинской помощи	I
2)	Стандартизованный набор лекарственных средств, изделий медицинского назначения и оборудования для оказания базовой и расширенной сердечно-легочной реанимации поддерживается в постоянной готовности	I
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 *	I
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	I
5)	Медицинский персонал и персонал первой линии (регистраторы, охрана) обучены оказанию базовой сердечно-легочной реанимации	I
<b>87. Хирургическое обслуживание. Хирургическая служба обеспечивает безопасность пациентов</b>		
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)	I
2)	Хирургический персонал проводит оперативные вмешательства согласно установленным клиническим привилегиям (смотреть подпункт 1) пункта 20 настоящего Стандарта)	II
3)	До начала операции врачом проводится предоперационный осмотр и документирование его в виде предоперационного эпикриза в медицинской карте. В предоперационном эпикризе содержатся обоснование или причина операции, предоперационный диагноз, название планируемой операции	II
4)	Оформляется специальное информированное добровольное согласие пациента на хирургическое вмешательство (пациенту говорится о преимуществах, рисках, возможных осложнениях и альтернативах предлагаемого метода лечения) (смотреть пункт 66 настоящего Стандарта) **	II
5)	Протокол операции оформляется в день проведения операции и в соответствии с утвержденными руководством процедурами медицинской организации	I
<b>88. Послеоперационный план лечения. В медицинской организации составление послеоперационного плана лечения и ухода стандартизируются</b>		
1)	Послеоперационный план лечения и ухода за пациентом содержит перечень лечебных мероприятий, а также указания по уходу за данным пациентом	II
2)	Послеоперационный план лечения составляется после операции и доступен для медицинского персонала	III
3)	Послеоперационный план лечения прописан в медицинской карте пациента	III
4)	Послеоперационный план лечения выполняется ответственным персоналом	II

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
5)	При изменении состояния или потребностей пациента послеоперационный план лечения и ухода корректируется	III
<b>89. Служба (банк) крови. Обращение с кровью и ее компонентами соответствует законодательству Республики Казахстан ***</b>		
1)	Соблюдается процедура подачи заявки и доставки в организацию крови и ее компонентов, утвержденная руководством медицинской организации. Соблюдается процесс хранения резервного объема крови и ее компонентов и движения компонентов крови внутри организации, утвержденная руководством медицинской организации	II
2)	Соблюдается процесс идентификации пациента, иммуногематологического обследования реципиента и тестирования совместимости при переливании крови и ее компонентов, утвержденная руководством медицинской организации	II
3)	Соблюдается процесс наблюдения за состоянием пациента после переливания крови и ее компонентов и взаимодействия медицинского персонала при подозрении на неблагоприятные последствия трансфузии, утвержденная руководством медицинской организации	II
4)	Персонал медицинской организации обучен правилам оказания трансфузионной помощи пациентам ** Персоналом медицинской организации соблюдаются меры по обеспечению безопасности пациента при оказании услуг по трансфузиологии: безопасная окружающая среда при трансфузии; использование оборудования и расходных материалов, предназначенных для обеспечения трансфузионной помощи	II
5)	Соблюдается процедуры предтрансфузионного тестирования при переливании донорской крови и ее компонентов новорожденным, утвержденные руководством медицинской организации. Соблюдаются меры по применению донорской крови и ее компонентов, прошедших специальную обработку для обеспечения дополнительной инфекционной и иммунологической безопасности и (или) индивидуальный подбор, утвержденные руководством медицинской организации	I
<b>Параграф 5. Лабораторные услуги</b>		
<b>90. Организация лабораторной службы. Лабораторные услуги являются доступными для пациентов и соответствуют законодательным актам Республики Казахстан и профессиональным требованиям</b>		
1)	Руководством медицинской организации определяется квалифицированное лицо, осуществляющее контроль лабораторных услуг, оказываемых пациентам медицинской организации, в том числе оказываемых субподрядными организациями по договору	II
2)	Квалифицированными лицами проводятся и интерпретируются лабораторные исследования	I
3)	Оказываемые лабораторные услуги имеют необходимые лицензии согласно законодательству Республики Казахстан ***	I
4)	Условия хранения лабораторных реагентов соответствует требованиям производителя	I
5)	Лабораторные услуги, оказываемые субподрядными организациями по договору, контролируются через индикаторы или требования, которые прописываются в договоре **	III
<b>91. Временные рамки лабораторных исследований. Определяются временные рамки на каждый вид лабораторного исследования *</b>		
1)	Обеспечивается круглосуточная служба по забору, доставке и исследованию биоматериалов пациентов на определенные лабораторные исследования для экстренных ситуаций, возникающих во внерабочее время	III
2)	Результаты лабораторных исследований доступны в медицинской информационной системе или сообщаются своевременно	III
3)	Установлен и исполняется процесс назначения и принятия экстренных лабораторных исследований, своевременность исполнения которых контролируется	III
4)	На каждый вид лабораторного исследования определяются границы нормальных значений, которые указаны в бланке с результатом исследования и при необходимости пересматриваются	III
5)	Медицинской организацией определяются критические (значительно отклоненные от нормы) результаты лабораторных исследований, при выявлении которых персонал лаборатории в течение 30 минут информирует лечащего врача или сестринский пост отделения (смотреть подпункты 2) и 3) пункта 56 настоящего Стандарта)	II
<b>92. Обращение с биоматериалом пациента. Процессы сбора, идентификации и маркировки, транспортировки, утилизации биоматериала пациента стандартизируются *</b>		

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
1)	Медицинской организацией утверждается и выполняется процесс назначения лабораторного исследования врачом и выписывания направления в лабораторию	II
2)	Медицинской организацией утверждается и выполняется процесс сбора биоматериала, его идентификации и маркировки	II
3)	Медицинской организацией утверждается и выполняется процесс безопасной транспортировки, обращения с биоматериалом пациента	I
4)	Медицинской организацией утверждается и выполняется процесс приема лабораторией, регистрации, отслеживания и хранения биоматериала пациента	II
5)	Вышеуказанные требования выполняются субподрядными организациями, выполняющими лабораторные исследования для пациентов организации	II
<b>93. Лабораторная безопасность. Внедряется и выполняется программа лабораторной безопасности, взаимосвязанная с инфекционным контролем и безопасностью здания *</b>		
1)	Медицинский персонал лаборатории защищается от рисков через средства индивидуальной защиты, специальную одежду, защитное оборудование и устройства (очки, ламинарный шкаф)	II
2)	Весь персонал лаборатории обучается основам лабораторной безопасности при трудоустройстве, в плановом порядке раз в год, после инцидентов, связанных с соблюдением лабораторной безопасности (при наличии)**	III
3)	В рабочих зонах лаборатории выполняются требования программы лабораторной безопасности по запрету на прием пищи, жидкости, курению, применению косметики, прикосновению к контактным линзам или к губам. Имеются необходимые средства и СИЗ (перчатки, маска) для безопасного удаления биологических разливов	II
4)	Инциденты, связанные с безопасностью (например, контакт с биоматериалом, разлив биоматериала), сообщаются ответственным лицам и по ним принимаются корректирующие меры, в соответствии с утвержденными процедурами (смотреть подпункт 3) пункта 5; подпункт 3) пункта 22 настоящего Стандарта)	II
5)	Один раз в год лицо, осуществляющее контроль лабораторных услуг, выступает с отчетом по лабораторной безопасности на заседании Комиссии по безопасности здания	III
<b>94. Контроль качества в лаборатории. Проводится внутренний и внешний контроль качества лабораторных услуг</b>		
1)	Медицинской организацией проводится внутренний контроль качества лабораторных услуг через оборудование или ручную путем выборочной перепроверки результатов исследований	II
2)	Внутренний контроль качества проводится в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации и не требует документации, если выполняется автоматически на оборудовании	III
3)	Проводится внешний контроль качества лабораторных услуг в соответствии с законодательством Республики Казахстан (через референс-лабораторию или выборочную перепроверку биоматериала)***	II
4)	Внешний контроль качества проводится один раз в год и подтверждается документально **	I
5)	При неудовлетворительном результате внутреннего или внешнего контроля качества проводятся корректирующие мероприятия в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации	II
<b>95. Лабораторное оборудование. Лабораторное оборудование поддерживается в рабочем состоянии</b>		
1)	Лабораторное оборудование проверяется (тестируется) согласно установленного графика, составленного по рекомендациям производителя (смотреть пункт 45 настоящего Стандарта) **	III
2)	Лабораторное оборудование обслуживается и калибруется согласно установленного графика, составленного по рекомендациям производителя **	III
3)	Весь персонал обучается работе с оборудованием, с которым они работают **	III
4)	Если лабораторное оборудование находится вне лаборатории и им пользуется персонал клинических отделений, то они обучаются работе с оборудованием в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации **	III
5)	Ежеквартально руководителем или персоналом лаборатории проверяются все единицы лабораторного оборудования, которое находится вне лаборатории **	III
<b>Параграф 6. Служба лучевой диагностики</b>		
<b>96. Организация службы лучевой диагностики. Услуги лучевой диагностики удовлетворяют нужды пациентов и соответствуют законодательству Республики Казахстан ***</b>		
1)	Руководством медицинской организации определяется квалифицированное лицо, осуществляющее контроль лучевой диагностики, оказываемой пациентам медицинской организации	II



№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
2)	Квалифицированные лица проводят радиологические, ультразвуковые и другие виды исследований лучевой диагностики	II
3)	Квалифицированные лица интерпретируют радиологические, ультразвуковые и другие виды исследований лучевой диагностики	II
4)	Оказываемые услуги лучевой диагностики подтверждаются государственными лицензиями согласно законодательства Республики Казахстан ***	I
5)	Услуги лучевой диагностики, оказываемые субподрядными организациями, прописываются в договоре. В соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации данные услуги мониторируются (например, современность, корректность заключений или другие показатели) **	III
<b>97. Безопасность пациента при диагностических процедурах. Соблюдаются принципы безопасности пациентов при проведении инструментальной диагностики</b>		
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 56 настоящего Стандарта)	III
2)	Перед введением контрастных веществ пациент проверяется на наличие аллергий и необходимых лабораторных анализов. Данные об отсутствии или наличии аллергии, необходимые лабораторные исследования подтверждаются документально	I
3)	Контрастные вещества хранятся в условиях, описанных производителем	I
4)	Наборы лекарственных средств и 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 86 настоящего Стандарта)	II
5)	Датчики и приборы контактирующие с пациентом при проведении исследования обрабатываются дезинфицирующими средствами после каждого пациента	III
<b>98. Радиационная безопасность. Внедряется и выполняется программа радиационной безопасности, взаимосвязанная с инфекционным контролем и безопасностью здания *</b>		
1)	Персонал отделения лучевой диагностики защищается от радиации через ношение рентген-защитной одежды, использование защитных устройств, ношение индивидуальных дозиметров	I
2)	Персонал радиологической службы обучается основам радиационной безопасности при трудоустройстве, в плановом порядке раз в год, при инцидентах, связанных с радиационным оборудованием, при получении нового оборудования и по мере необходимости **	III
3)	Проводится проверка защитных свойств всей рентген-защитной одежды каждые два года **	I
4)	Проводятся замеры мощности дозы излучения на рабочих местах персонала ответственных за оказание лучевой диагностики, в помещениях и на территории, смежных с процедурной рентген кабинета и кабинета компьютерной томографии один раз в год	I
5)	Контроль индивидуальных дозиметров проводится ежеквартально **	I
<b>99. Радиологическое оборудование и безопасность. Радиологическое оборудование поддерживается в рабочем состоянии, обеспечивается безопасность пациентов и среды</b>		
1)	Все оборудование по лучевой диагностике (рентген, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование и другие) инспектируется, поддерживается и калибруется (смотреть пункт 45 настоящего Стандарта). Действия по инспектированию, поддержке и калибровке оборудования по лучевой диагностике документируются **	II
2)	В медицинской организации имеется договоров со специализированными организациями по обслуживанию оборудования который исполняется, либо в штате имеется специалист по обслуживанию лучевого оборудования, имеющего необходимую квалификацию по ремонту и обслуживанию радиологического оборудования	II
3)	Инциденты, связанные с безопасностью или несоблюдением радиационной безопасности, сообщаются и по результатам работы с инцидентами принимаются корректирующие меры (смотреть подпункт 3) пункта 5; подпункты 2) и 3) пункта 22 настоящего Стандарта)	II
4)	Ведется список всего оборудования по лучевой диагностике с указанием даты последней поверки или технического осмотра	III



№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
5)	Ежегодно лицо, осуществляющее контроль радиационной безопасности, выступает с отчетом по радиационной безопасности на заседании Комиссии по безопасности здания	Ш
<b>100. Контроль качества в радиологии. Проводится внутренний и внешний контроль качества радиологических исследований</b>		
1)	Проводится процесс внутреннего контроля качества радиологических исследований выполняемый автоматически (не требует документации) или вручную **	П
2)	Ежегодно проводится внешний контроль качества путем выборочной перепроверки заключения внешним экспертом («второе чтение», «повторный пересмотр рентгенограмм», «пересмотр диска») **	П
3)	Существует список внешних экспертов с контактными данными, к которым обращается организация при сомнительном, сложном случае («второе чтение») **	Ш
4)	Знания, квалификация внешних экспертов подтверждается документально	П
5)	При неудовлетворительных данных контроля качества принимаются меры по улучшению работы в радиологии	П

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
---	--------------------------------	------

## ГЛАВА 5: СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

<b>Параграф 1. Стандарты аккредитации оказания медицинской помощи пациентам при инсульте</b>		
<b>101. Административные условия. Медицинская организация осуществляет деятельность в соответствии с разрешительными документами и миссией медицинской организации</b>		
1)	Деятельность медицинской организации лицензирована, имеются все виды необходимых лицензий для оказания медицинской помощи пациентам с инсультом и транзиторной ишемической атакой (далее – ТИА) ***	I
2)	Инсультный центр или отделение острых нарушений мозгового кровообращения являются отдельным подразделением медицинской организации	I
3)	В медицинской организации утвержден перечень медицинских услуг пациентам с инсультом и транзиторной ишемической атакой (с указанием наименования процедур, операций, видов диагностики и лечения), согласно уровню регионализации в соответствии с законодательством Республики Казахстан *	III
4)	Медицинская организация (инсультный центр) обеспечена необходимыми лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в соответствии с утвержденными документами по лечению и уходу за пациентами с инсультом *	I
5)	Медицинская организация (инсультный центр) оснащена необходимым оборудованием в соответствии с утвержденными нормативными документами по лечению и уходу за пациентами с инсультом *	I
<b>102. Организационная структура медицинской организации обеспечивает лечение и уход за пациентами с инсультом *</b>		
1)	В организационной структуре медицинской организации определено наличие инсультного центра или отделения по оказанию неврологической помощи пациентам с инсультами	II
2)	В организационной структуре медицинской организации определено наличие службы анестезии, реанимации и интенсивной терапии, с указанием минимального числа коек	II
3)	В организационной структуре медицинской организации определено наличие экстренного приемного отделения	II
4)	В организационной структуре медицинской организации определено наличие реабилитационной службы или есть доказательства о взаимодействии с организациями, оказывающими реабилитационную помощь	I
5)	Руководством медицинской организации разработаны и утверждены типовые положения о структурных подразделениях, оказывающих неврологическую помощь пациентам	III
<b>103. Преемственность. Соблюдается преемственность оказания медицинской помощи пациентам с инсультом</b>		
1)	Процесс госпитализации пациентов с инсультом основан на утвержденных критериях, в соответствии с законодательством Республики Казахстан и ресурсами организации *	I
2)	Процесс направления, перевода и транспортировки пациентов с инсультом в другие медицинские организации основан на утвержденных критериях, в соответствии с законодательством Республики Казахстан и ресурсами медицинской организации *	I
3)	Определены ответственные лица и их должностные обязанности по госпитализации, направлению, переводу и транспортировке пациентов с инсультом в другие медицинские организации *	II
4)	Утвержден процесс и временные рамки передачи результатов обследований ответственным лицам для принятия решения по госпитализации, направлению и переводу пациентов с инсультом в другие организации *	II
5)	Региональные инсультные центры предоставляют ежемесячные отчеты в Республиканский инсультный центр по госпитализированным и пролеченным пациентам с инсультом **	III
<b>104. Приемное отделение. Процесс госпитализации стандартизирован и соответствует нуждам пациентов с инсультом</b>		
1)	В медицинских организациях внедрена система связи, позволяющая врачу приемного отделения получить информацию от бригады скорой медицинской помощи и экстренно оповестить ответственный медицинский персонал о поступающем пациенте с инсультом или транзиторной ишемической атакой. (это новое пусть будет в драфте)	II
2)	В медицинской организации внедрена система оповещения, обеспечивающая экстренное прибытие в приемное отделение инсультной бригады, радиологов, специалистов клинической лабораторной диагностики перед поступлением пациентов с инсультом и (или) ТИА	II
3)	Медицинская сортировка пациентов с инсультами и (или) ТИА проводится в соответствии с утвержденными критериями и правилами, с соблюдением временного диапазона алгоритма оказания экстренной медицинской помощи при инсульте *	I
4)	При проведении нейровизуализации приоритет отдается пациентам с инсультом и ТИА	II
5)	Медицинский персонал приемного отделения руководствуется требованиями законодательства Республики Казахстан, утвержденными в медицинской организации СОП и алгоритмами оказания медицинской помощи пациентам с инсультом *	II
<b>105. Первичный осмотр. Объем первичного осмотра пациента соответствует профессиональным требованиям</b>		

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
1)	Осуществляется сбор неврологического анамнеза и оценка неврологического статуса пациента. Данные первичного осмотра записываются в медицинской карте пациента	I
2)	Проводится оценка жизненно важных функций пациента, согласно требований клинических протоколов лечения пациентов с инсультом. Исходная оценка включает: определение состояния внешнего дыхания и функции легких; выявление ранних признаков дисфагии, с использованием теста оценки глотания; оценка состояния сердечно-сосудистой системы, сопутствующих заболеваний сердца; измерение артериального давления, частоты сердечных сокращений; определение уровня оксигенации с использованием пульсоксиметров	I
3)	Проводится оценка неврологического статуса пациентов с инсультом. Тяжесть инсульта должна быть оценена по шкале NIHSS и шкалы комы Глазго/шкалы комы FOUR * <i>NIHSS «эн ай эйч эс эс» – National Institute of Health Stroke Scale "Нэшиональ институт оф Хэлз Строук Скэйл" (Шкала инсульта Национального института здоровья)</i> <i>FOUR «фоу» – Full Outline of Unresponsiveness «Фул аутлайн оф анреспонсивнес» (Полное описание неактивности)</i>	I
4)	Проводится лабораторное и инструментальное исследование (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковая диагностика головы брахиоцефальных сосудов) согласно требований протоколов лечения *	I
5)	При необходимости оказывается экстренная медицинская помощь согласно требованиям протоколов лечения *	I
<b>106. Интенсивная терапия. Служба анестезии, реанимации и интенсивной терапии соответствует клиническим нуждам пациентов</b>		
1)	Персонал службы реанимации укомплектован в соответствии с нормативными требованиями, штатного расписания и организационной структурой медицинской организации *	I
2)	Определены функциональные обязанности и требования к квалификации персонала службы реанимации *	II
3)	Служба реанимации оснащена в соответствии с установленными требованиями (изделия медицинского назначения, лекарственные средства, медицинское оборудование, мебель) в соответствии с профессиональными требованиями и согласно уровню оказываемой медицинской помощи	I
4)	Действия персонала службы реанимации соответствуют профессиональным стандартам, клиническим протоколам	I
5)	При переводе пациентов с инсультом в/из отделение/-я реанимации или палаты интенсивной терапии используются критерии перевода, основанные на объективных физиологических параметрах пациента	I
<b>107. Тромболитическая терапия. Тромболитическая терапия проводится в соответствии с протоколами лечения</b>		
1)	Медицинским персоналом проводится оценка рисков для определения показаний и противопоказаний к тромболитической терапии. Данные оценки рисков заполняются в медицинской карте пациента	I
2)	Медицинским персоналом заполняется форма протокола тромболитической терапии, утвержденная первым руководителем медицинской организации. Тактика тромболитической терапии (системная или селективная) основывается на клинических протоколах лечения *	I
3)	Проводится необходимый объем лабораторных и инструментальных исследований (общий анализ крови с обязательным определением числа тромбоцитов, гематокрита, определение уровня гликемии, активированное частичное тромбопластиновое время и международное нормализованное отношение	I
4)	Разработан и исполняется алгоритм ухода за центральным венозным катетером (ЦВК) в целях профилактики катетер-ассоциированных инфекций кровотока. Средний медицинский персонал ответственный за уход ЦВК демонстрирует осведомленность о данном алгоритме	II
5)	Проводится информирование пациента (родственников) о предложенном лечении. Заполняется форма информированного согласия пациента о проведении тромболитической терапии утвержденная руководством медицинской организации	I
<b>108. Основная терапия. Этапы проведения основной терапии стандартизованы</b>		
1)	Проводится мониторинг и коррекция жизненно-важных функций и гомеостаза пациента на постоянной основе	I
2)	Проводится контроль лабораторных показателей и результатов инструментальных исследований пациента при наличии показаний	I
3)	Проводится обеспечение адекватной оксигенации (инсуффляция кислорода, установка воздухопровод, искусственная вентиляция легких) пациента	I
4)	Проводится профилактика осложнений (тромбоэмболия легочной артерии, пневмонии, тромбоэмболии глубоких вен нижних конечностей, пролежней, острых пептических язв (стресс-язв) и эрозий желудочно-кишечный тракт)	I
5)	Проводится лечение осложнений (тромбоэмболия легочной артерии, пневмонии, тромбоэмболии глубоких вен нижних конечностей, пролежней, острых пептических язв (стресс-язв) и эрозий желудочно-кишечный тракт)	I

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
<b>109. Хирургическое лечение инсульта. Хирургическое лечение инсульта соответствует профессиональным требованиям, утвержденным клиническим протоколам и потребностям пациентов</b>		
1)	Хирургическое лечение проводится по обоснованным показаниям	I
2)	Решение о проведении хирургических вмешательств в остром и подостром периоде проводится коллегиально с участием неврологов, анестезиологов, реаниматологов и хирургов (нейрохирурга и (или) сосудистого хирурга)	I
3)	Хирургическое лечение проводится в соответствии с протоколами диагностики и лечения, утвержденными руководством медицинской организации	I
4)	Информированное согласие пациента или его законных представителей на проведение хирургического лечения оформляется в соответствии с правилами утвержденными руководством медицинской организации	II
5)	Этапы проведения хирургического лечения полностью стандартизированы (оформление документации, перевод в другое подразделение и т.д.)	II
<b>110. Лабораторные услуги. Лабораторные услуги доступны для удовлетворения нужд пациентов с инсультом *</b>		
1)	Утвержден перечень услуг лабораторной диагностики, доступных пациентам с инсультом (оказываемые данной организацией или переданные в аутсорсинг)	II
2)	Кадровый состав укомплектован квалифицированным персоналом, способным оказать необходимый объем лабораторных услуг, соответствующий требованиям протоколов диагностики и лечения и потребностям пациентов с инсультом	I
3)	Экстренные лабораторные услуги доступны круглосуточно для пациентов с инсультом и утверждены временные рамки готовности результатов	I
4)	В службе, оказывающей услуги по лабораторной диагностике проводится периодическая проверка, калибровка, поддержание медицинского оборудования, внутренний контроль качества	II
5)	Все этапы проведения лабораторных исследований стандартизованы (преаналитический, аналитический, постаналитический). Ответственный персонал осведомлен за свой этап лабораторного исследования	II
<b>111. Лучевая диагностика. Услуги лучевой диагностики доступны для удовлетворения нужд пациентов с инсультом</b>		
1)	Утвержден перечень услуг по лучевой диагностике, доступный пациентам с инсультом, в зависимости от уровня оказываемой медицинской помощи (оказываемые данной организацией или переданные в аутсорсинг) *	II
2)	Кадровый состав персонала, оказывающего услуги по лучевой диагностике, соответствует потребностям пациентов и имеет соответствующую обучение	II
3)	Экстренные услуги лучевой диагностики доступны круглосуточно для пациентов с инсультом и утверждены временные рамки готовности результатов *	I
4)	В службе, оказывающей услуги по лучевой диагностике, внедрена система контроля качества («вторая читка» результатов, в том числе с привлечением стороннего специалиста (-ов), внутренний контроль качества; проверка, тестирование и поддержание технического состояния медицинского оборудования) **	II
5)	Все этапы процедуры проведения лучевой диагностики стандартизованы	II
<b>112. Обучение пациента и семьи. Проводится профилактическая работа с населением и другими медицинскими организациями</b>		
1)	В инсультном центре врачи и средний медицинский персонал проводит профилактические беседы с пациентами и их родственниками по уходу за пациентом, лечебной физической культуре, о приемах ранней и поздней реабилитации, правильном питании, борьбе с пролежнями, о приверженности к антигипертензивной терапии	II
2)	В инсультном центре еженедельно для пациентов, их родственников или близких проводятся занятия в «Школе инсульта» по вопросам первичной и вторичной профилактике болезней системы кровообращения, обучение восстановлению самообслуживания и бытовых навыков, уходу и реабилитации после инсульта. Проведенные занятия «Школы инсульта» регистрируются в журнале с фотоотчетами **	II
3)	Медицинская организация участвует в программах по обучению пациентов и семьи здоровому образу жизни и профилактике заболеваний по данному профилю	III
4)	Этапы проведения профилактических мероприятий с пациентами и их семьями стандартизованы *	III
5)	Родственники пациентов с инсультом осведомлены о Школе инсульта и (или) других мероприятиях медицинской организации, проводимых в целях обучения и профилактики инсульта	III
<b>113. Терапия пациентов с инсультом в отделении ранней реабилитации</b>		
1)	В инсультном центре развернуто отделение ранней реабилитации, укомплектованное медицинским персоналом в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан	II
2)	Оснащение отделения ранней реабилитации медицинским оборудованием и изделиями медицинского назначения, обеспечение лекарственными средствами соответствует требованиям утвержденных протоколов диагностики и лечения и законодательству Республики Казахстан	II
3)	Сроки проведения ранней нейрореабилитации соответствуют требованиям утвержденных протоколов диагностики и лечения *	II

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
4)	Проведение комплексной реабилитационной терапии пациентам с инсультом осуществляется мультидисциплинарной бригадой специалистов. В медицинской карте пациента заполняется форма сестринского ухода, в которой фиксируются выполненные реабилитационные мероприятия средним медицинским персоналом	I
5)	В инсультном центре функционируют кабинеты эрготерапии, логопеда, психотерапевта (психиатра)	I
<b>Параграф 2. Стандарты аккредитации родовспоможения</b>		
<b>114. Административные условия и ресурсы. Медицинская организация создает базовые условия для оказания медицинских услуг по родовспоможению</b>		
1)	Деятельность медицинской организации лицензирована, имеются все виды необходимых лицензий для оказания медицинских услуг по родовспоможению ***	I
2)	Врачебный и средний медицинский персонал, оказывающий медицинские услуги по родовспоможению, соответствует квалификационным требованиям должностных инструкций к занимаемым должностям *	I
3)	Медицинская организация обеспечена необходимыми лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в соответствии с требованиями оказания медицинской помощи роженицам / родильницам и новорожденным	I
4)	Медицинская организация оснащена необходимым оборудованием в соответствии с установленными требованиями оказания медицинской помощи роженицам / родильницам и новорожденным	I
5)	Руководство медицинской организации создает необходимые условия для эффективного пребывания и лечения рожениц / родильниц и новорожденных, а также для их удобного и безопасного передвижения	I
<b>115. Преемственность. Соблюдается преемственность оказания медицинской помощи</b>		
1)	Процесс госпитализации беременных, рожениц и родильниц основан на утвержденных критериях в соответствии с законодательством Республики Казахстан, условиями медицинской сортировки и ресурсами организации ***	I
2)	Процесс направления, перевода и транспортировки беременных, рожениц и родильниц в другие медицинские организации основан на утвержденных критериях в соответствии с законодательством Республики Казахстан и ресурсами организации ***	I
3)	Определены ответственные лица за процесс госпитализации, направления, перевода и транспортировки беременных, рожениц и родильниц в другие медицинские организации и их должностные обязанности *	II
4)	Внедрён процесс передачи и получения результатов обследований ответственным лицам для принятия решения по госпитализации, направлению, переводу в другие организации	II
5)	Внедрена система связи, позволяющая приемному отделению получать информацию со скорой помощи и экстренно оповещать отделение акушерства	II
<b>116. Медицинская помощь при поступлении</b>		
1)	Разработана и утверждена руководством медицинской организации система и критерии медицинской сортировки для беременных, рожениц и родильниц *	II
2)	Начальная оценка включает: сбор анамнеза; анализ антенатальных записей и плана родов; оценка состояния матери и плода; вагинальное исследование при наличии показаний; кардиотокография плода при наличии показаний	II
3)	Для исключения преждевременного поступления в родовую блок созданы условия для ожидания развития активной родовой деятельности в родовых палатах	I
4)	В случае выписки домой, пациентке даются рекомендации: по тревожным признакам; признакам начала родовой деятельности	I
5)	Для профилактики и лечения преждевременных родов используются технологии и методики с доказанной эффективностью	II
<b>117. Условия в родовой палате и профилактика падения родильниц</b>		
1)	Медицинская организация обеспечивает конфиденциальность оказания медицинских услуг: родовая палата рассчитана на одну роженицу или используются ширмы / занавески в случае, когда в палате находятся более одной роженицы	II
2)	С роженицей / родильницей согласуется присутствие в родовой палате любых других людей сверх необходимого персонала **	II
3)	Роженица / родильница информируется о целях каждой процедуры и дает информированное добровольное согласие согласно правилам медицинской организации	II
4)	Условия в родовой палате и в местах пребывания родильниц минимизируют риски падений	II



№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
5)	Осуществляется профилактика инфекций, персонал родовой палаты соблюдает требования инфекционного контроля. Имеется свободный доступ к туалету и душу, находящихся в рабочем состоянии и санитарных условиях	I
<b>118. Медицинская помощь при родах</b>		
1)	В медицинской организации утверждены руководства, определяющие стандарты помощи во время физиологических и осложненных родов и в послеродовом периоде *	I
2)	Определения физиологических и осложненных родов, критерии для перевода на более высокий уровень оказания помощи, известны медицинскому персоналу и применяются на практике **	II
3)	Медицинская помощь во время родов оказывается квалифицированными специалистами, имеющими допуск к соответствующей клинической практике (врач – акушер-гинеколог, акушерка) **	I
4)	Соблюдается преемственность оказания медицинской помощи между средними медицинскими работниками (акушерками) и врачебным персоналом в случае возникновения осложнений	II
5)	Созданы условия для ожидания развития активной родовой деятельности в родовых палатах. Врачебный осмотр проводится ежедневно и по показаниям	II
<b>119. Поддержка роженицы во время родов</b>		
1)	Роженица информируется о возможности присутствия партнера во время родов. Партнер роженицы может присутствовать во время родов для оказания поддержки в родах	II
2)	Созданы условия для постоянного присутствия одной акушерки в родовой палате во время родов	I
3)	Акушерка / врач, оказывающая помощь во время родов, работает совместно с партнером роженицы, объясняет течение родового процесса, осуществляет психологическую поддержку и дает необходимые рекомендации **	I
4)	Роженицам оказывается поддержка в выборе техник релаксации, дыхания, массажа, акупунктуры, гипноза и других методов немедикаментозного обезболивания **	II
5)	Перед проведением эпидуральной анальгезии, роженица информируется о рисках и преимуществах эпидуральной анальгезии, а также о ее возможном влиянии на роды	II
<b>120. Использование партограммы</b>		
1)	Медицинским персоналом ведется протокол или алгоритм по использованию партограммы, утвержденный руководством медицинской организации *	II
2)	Данные осмотра беременной / роженицы своевременно собираются и правильно записываются на партограмму	II
3)	Медицинским персоналом проводится анализ партограммы. Информация собирается, записывается и анализируется акушеркой или другим специалистом, оказывающим помощь	I
4)	Партограмма находится в родовой палате рядом с кроватью роженицы / родильницы	II
5)	Партограмма используется медицинским персоналом для принятия решений о вмешательствах во время родов	II
<b>121. Ведение родов</b>		
1)	В первом периоде родов роженицей осуществляется свободный выбор позиции, медицинским персоналом проводятся необходимые исследования (влагалищные) и корректировка плана родов	I
2)	Амниотомия в первом периоде родов проводится строго по показаниям	I
3)	Во втором периоде родов роженицей осуществляется свободный выбор позиции. Роды, при наличии достаточных площадей стационара, проводят в том же месте, где роженица находилась в первом периоде родов	II
4)	Любое давление на живот во время рождения ребенка исключается	I
5)	Роженица информируется о сравнительных рисках и преимуществах физиологического и активного методов ведения третьего периода родов и вовлекается в процесс принятия решения *	II
<b>122. Наблюдение за состоянием плода во время родов</b>		
1)	Персоналом медицинской организации проводится оценка физиологического состояния плода согласно процедурам, установленным руководством медицинской организации *	II
2)	Имеется утвержденный протокол или алгоритм, описывающий порядок использования кардиотокографии, основанный на доказательной медицине *	II
3)	Оценка маточной активности и сердечной деятельности плода осуществляется акушеркой. При выявлении отклонений, акушерка информирует дежурного врача/старшего ординатора **	I
4)	Медицинский персонал обучен оценке данных кардиотокографии, осведомлен определениям реактивного и ареактивного тестов, нормальной, подозрительной и патологической кардиотокографии в соответствии с имеющимися в организации руководствами по анализу кардиотокографии **	II
5)	В случае подтверждения патологического состояния плода экстренное родоразрешение путем кесарева сечения или оперативных вагинальных родов осуществляется в течение первых 30 минут после постановки диагноза	I
<b>123. Помощь новорожденным во время родов и в первые 2 часа после родоразрешения</b>		
1)	Проводится оценка новорожденного и первичная помощь в соответствии с процедурами медицинской организации	I



№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
2)	Руководством медицинской организации утверждается СОП по проведению реанимации новорожденных. СОП по проведению реанимации новорожденных расположены в родильных залах и выполняется персоналом медицинской организации *	I
3)	Персонал медицинской организации способствует раннему грудному вскармливанию новорожденного матерью. Первое прикладывание новорожденного к груди матери осуществляется в течение первого часа. Обеспечивается контакт «кожа к коже»	I
4)	Помощь матери и новорожденному в послеродовом периоде, профилактические процедуры осуществляются в соответствии с клиническими протоколами медицинской организации и международными рекомендациями	II
5)	Медицинская организация использует систему идентификации личности матери и новорожденного. Идентификация новорожденного включает: имя и фамилия матери новорождённого; пол новорожденного; число, месяц и год рождения новорождённого; в случае двойни/тройни, дополнительно указывается порядковый номер (1, 2, 3)	I
<b>124. Ранний послеродовый период</b>		
1)	В послеродовом периоде применяются нестероидные противовоспалительные лекарственные средства для обезболивания	I
2)	В послеродовом уходе обеспечивается качественный мониторинг состояния матери и новорожденного. Наблюдение за состоянием матери включает контроль следующих показателей: жизненно важные функции; определение тонуса матки; оценка кровопотери; осмотр промежности при наличии швов; осмотр молочных желез; жалобы Новорожденному обеспечивается условия тепловой цепочки	I
3)	Профилактика послеродового кровотечения осуществляется в соответствии с утвержденными протоколами и алгоритмами *	I
4)	Выписка после нормальных родов осуществляется не ранее чем через 18 часов после родов *	I
5)	В выписном эпикризе указываются рекомендации по выявлению симптомов осложнений, гигиены женщины и новорожденного, здоровому питанию, физическим нагрузкам, советам по грудному вскармливанию, психологическим особенностям послеродового периода, планированию семьи	II
<b>125. Обеспечение безопасности кесарева сечения</b>		
1)	Кесарево сечение проводится по клиническим показаниям. Руководством медицинской организации утверждается протокол, описывающий действия медицинского персонала при подготовке и проведении кесарева сечения, в том числе экстренного *	I
2)	Плановое кесарево сечение проводится после 39 недели беременности	I
3)	Операционная, персонал операционного блока и лаборатория всегда готовы к проведению экстренного кесарева сечения	I
4)	В медицинской организации имеется достаточный запас крови / препаратов крови. Созданы условия для проведения трансфузии крови / препаратов крови	I
5)	Проведение кесарева сечения и ведение родильницы в послеоперационном периоде соответствуют международным рекомендациям *	I
<b>126. Оснащение отделений анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии соответствует клиническим потребностям роженицы / родильницы</b>		
1)	Основные клинические тесты (уровень сахара, гемоглобин и гематокрит, тест-полоски на протеинурию) доступны в отделении (-ях) анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии. Результаты анализов доступны незамедлительно	I
2)	Основные лекарственные средства для оказания экстренной помощи родильницы / роженицы, а также запасы крови / препаратов крови, доступны и имеются в достаточном количестве в отделении (-ях) анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии	I
3)	В отделении (-ях) анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии доступны и имеются в достаточном количестве расходные материалы для оказания экстренной помощи родильницы / роженицы (шприцы и иглы, назогастральные зонды, саморасправляющиеся дыхательные мешки с масками разных размеров, небулайзеры и прокладки)	I
4)	Функциональность и исправность дефибрилляторов проверяется и поддерживается на постоянной основе ответственным (-ми) работником (-ми) медицинской организации	I
5)	Алгоритм оказания экстренной помощи соответствует международным или профессионально признанным источникам, основанным на доказательной медицине *	I
<b>127. Готовность медицинской организации к оказанию помощи при послеродовом кровотечении (далее – ПРК) *</b>		

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
1)	Персоналом медицинской организации соблюдается протокол профилактики и помощи при ПРК ***	I
2)	Внутренний алгоритм действий персонала при ПРК утвержден руководством медицинской организации и соблюдается персоналом *	I
3)	Имеется доступ к банку крови. Препараты крови могут быть доставлены без задержки	I
4)	В послеродовом периоде объем кровопотери и клинические параметры состояния роженицы строго контролируются, регулярно контролируется тонус матки	II
5)	Разработаны и утверждены руководством медицинской организации протокола оказания помощи при ПРК, соответствующие международным или профессионально признанным источникам, основанным на доказательной медицине	I
<b>128. Профилактика и лечение преэклампсии *</b>		
1)	Методы профилактики преэклампсии соответствуют международным или профессионально признанным источникам, основанным на доказательной медицине	I
2)	Медицинским персоналом проводится правильная диагностика преэклампсии и тяжелой преэклампсии	I
3)	Организация помощи при преэклампсии соответствует международным или профессионально признанным источникам	I
4)	Решение о времени и методе родоразрешения при диагностированной преэклампсии принимается в соответствии с международными или профессионально признанными источниками	I
5)	Уход и лечение женщин с диагностированной преэклампсией в послеродовом периоде соответствуют международным или профессионально признанным источникам	I
<b>129. Оценка прогресса родов и диагностика затяжных родов соответствует международным или профессионально признанным источникам</b>		
1)	Персоналом медицинской организации используются инструменты по раннему распознаванию затяжных родов (партограмма с 4-х часовой линией)	II
2)	Диагноз и алгоритм ведения затяжных родов согласуются между медицинским персоналом, оказывающим медицинскую помощь **	II
3)	В медицинской организации имеется утвержденная форма протокола оценки прогресса родов и диагностики затяжных родов *	II
4)	Медицинский персонал обучен правильной диагностике первого периода родов, определению латентной фазы **	II
5)	Применение окситоцина при затянувшейся активной фазе соответствует клиническим протоколам, утвержденным руководством медицинской организации и международным рекомендациям *	II
<b>130. В медицинской организации внедрена система ранней диагностики, экспертного консультирования, лечения и перевода при подозрении на сепсис у матери *</b>		
1)	Медицинские работники осведомлены о симптомах сепсиса у рожениц, родильниц и новорожденных, а также вероятность быстрого и потенциально смертельного развития тяжелого сепсиса и септического шока **	I
2)	Родильницы, обратившиеся в медицинскую организацию в послеродовом периоде, госпитализируются без задержек. В медицинской карте фиксируются сведения о недавно перенесенных заболеваниях и контактах	I
3)	Перед введением первой дозы антибиотика назначается посев крови, производится забор материала для посева из других возможных очагов инфекции	I
4)	При наличии клинических показаний антибиотикотерапия начинается незамедлительно, не дожидаясь результатов посева	I
5)	Необходимые диагностические исследования проводятся незамедлительно для идентификации источника инфекции	I
<b>131. Диагностика и профилактика вертикальной трансмиссии ВИЧ-инфекции от матери плоду *</b>		
1)	Все беременные проходят скрининг на ВИЧ-инфекцию	II
2)	Всем беременным с положительным результатом тестирования на ВИЧ в момент родов рекомендуется короткий курс лечения антиретровирусными препаратами	II
3)	Всем беременным с положительным результатом тестирования на ВИЧ в момент родов рекомендуется родоразрешение путем планового оперативного вмешательства	II
4)	Вскармливание новорожденных, родившихся у ВИЧ-позитивных матерей, проводится согласно СОП, утвержденной руководством медицинской организации *	II
5)	До выписки ВИЧ-инфицированные матери получают консультирование в полном объеме о методах кормления детей раннего возраста, включая информацию о преимуществах и недостатках различных видов вскармливания, и специальные рекомендации по выбору методов кормления, наиболее приемлемых в каждой отдельной ситуации, и с последующей поддержкой матерей в сделанном выборе	II
<b>132. Транспортировка беременных, рожениц, родильниц, новорожденных в медицинские организации родовспоможения и детства более высокого уровня</b>		
1)	Транспортировка беременных, рожениц и новорожденных между медицинскими организациями должна проводиться по принципу «на себя» **	II

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
2)	Беременные, роженицы и родильницы перевозятся в специализированном транспорте, оснащённом системой обогрева, с сопровождением медицинского персонала (врач, акушерка, водитель-санитар) и других привлечённых специалистов в случае необходимости	II
3)	Перевозка новорожденных должна осуществляться в специализированном транспорте в транспортном кузове при наличии аппарата искусственной вентиляции легких и с обязательным сопровождением обученного медицинского персонала (врач-неонатолог, медицинская сестра, водитель-санитар) и других привлечённых специалистов в случае необходимости	II
4)	Специализированный транспорт для перевозки беременных, рожениц и родильниц оснащён необходимыми лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения для оказания экстренной медицинской помощи	I
5)	Специализированный транспорт для перевозки беременных, рожениц и родильниц оснащён необходимым медицинским оборудованием для оказания экстренной медицинской помощи	I
<b>133. 1-5 шаги грудного вскармливания. Медицинская организация разрабатывает и внедряет процедуры по охране, поддержке и поощрения практики грудного вскармливания согласно признанной практики</b>		
1)	В медицинской организации разработаны и утверждены правила по грудному вскармливанию согласно рекомендациями ВОЗ и ЮНИСЕФ «10 шагов успешного грудного вскармливания» *	II
2)	Медицинский персонал ответственный за службу родовспоможения обучается оказанию помощи матерям правильному грудному вскармливанию. Раз в год проводится оценка знания и навыков персонала.	II
3)	Медицинский персонал проводит информирование рожениц и членов их семей о преимуществах грудного вскармливания, обучение практическим навыкам по становлению лактации, консультирование по поддержке исключительно грудного вскармливания детей до 6-ти месяцев и продолжения грудного вскармливания до 2-х лет. Опрошенные роженицы и (или) родильницы подтверждают проведенное информирование и обучение со стороны медицинского персонала.	II
4)	Медицинский персонал информирует рожениц и родильниц о важности о признаках готовности ребенка к грудному вскармливанию и обеспечивает прикладывание ребенка к груди матери в течение первых 2-х часов после родов с обеспечением кожного контакта.	II
5)	Медицинский персонал помогает родильницам в правильном положении ребенка у груди и его правильному прикладыванию к груди, а также в случае раздельного пребывания матери и ребенка по медицинским показаниям, методам сохранения лактации – сцеживание грудного молока ручным способом. Опрошенные родильницы подтверждают, что со стороны медицинского персонала оказывается помощь в правильном расположении ребенка у груди и его правильному прикладыванию к груди.	II
<b>134. 6-10 шаги грудного вскармливания. Медицинская организация разрабатывает и внедряет процедуры по охране, поддержке и поощрения практики грудного вскармливания согласно признанной практики</b>		
1)	Медицинский персонал при дачи новорожденному дополнительной жидкости или заменителя грудного молока (детского питания) придерживается рекомендациям ВОЗ и ЮНИСЕФ в части использования строго в случаях, обусловленных по медицинским показаниям, при этом используются альтернативные методы кормления (чашечка, ложка, мензурка, шприц).	II
2)	В медицинской организации постоянно соблюдаются совместное пребывания матери и ребенка в одной палате в течение 24 часов, за исключением случаев, обусловленных медицинскими показаниями.	II
3)	Медицинский персонал консультирует всех родильниц, кто имеет абсолютные противопоказания к грудному вскармливанию, как со стороны матери, так и со стороны ребенка согласно национального законодательства, а также рекомендаций ВОЗ и ЮНИСЕФ о преимуществах и недостатках различных видов кормления наиболее приемлемых в каждой отдельной ситуации, обучает приготовлению питания безопасным методам для детей раннего и грудного возраста, и с последующей поддержкой матерей в сделанном выборе.	II
4)	Медицинский персонал информирует всех рожениц о важности кормления ребенка по первому требованию ребенка, а не по расписанию. Опрос родильницы подтверждает получение данных рекомендаций.	II
5)	Медицинский персонал информирует всех рожениц и членов их семей после выписки о том, где можно получить своевременный доступ к постоянной поддержке и уходу для сохранения лактации и в продолжительном грудном вскармливании как минимум до 2-х лет и более.	II
<b>Параграф 3. Стандарты аккредитации оказания медицинской помощи при остром коронарном синдроме или остром инфаркте миокарда</b>		
<b>135. Административные условия и ресурсы. Медицинская организация создает базовые условия для оказания медицинских услуг по кардиологии (коронарный синдром или острый инфаркт миокарда)</b>		
1)	Медицинская организация имеет все виды необходимых лицензий для оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом (далее – ОКС) или острым инфарктом миокарда (далее – ОИМ) ***	I
2)	В медицинской организации утверждён перечень медицинских услуг по кардиологии (ОКС или ОИМ) с указанием названия процедур, операций, видов диагностики и лечения, в соответствии с уровнем регионализации *	II

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
3)	Врачебный и средний медицинский персонал, оказывающий медицинские услуги по кардиологии, интервенционной кардиологии и кардиохирургии, соответствует квалификационным требованиям должностной инструкции к занимаемой должности	I
4)	Медицинская организация II и III уровня обеспечена необходимыми лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в соответствии с требованиями оказания медицинской помощи пациентам с ОКС или ОИМ согласно законодательства Республики Казахстан	I
5)	Медицинская организация II и III уровня оснащена необходимым оборудованием в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан	I
<b>136. Организационная структура. Организационная структура медицинской организации обеспечивает уход за пациентами с ОКС или ОИМ</b>		
1)	Кардиохирургическое отделение (взрослое, детское) создается из расчета 1 операционная на 12 коек в отделении и 4 койки в отделении реанимации и интенсивной терапии согласно законодательству Республики Казахстан.	
2)	В организационной структуре медицинской организации II и III уровней установлено наличие отделения интервенционной кардиологии. В отделении интервенционной кардиологии создается ангиографическая операционная из расчета 1 ангиографическая установка на 250 тысяч населения с круглосуточным непрерывным режимом работы.	I
3)	В организационной структуре медицинской организации II и III уровня стационара установлено наличие службы реанимации и интенсивной терапии ресурсы которых достаточны для предоставления необходимой медицинской помощи пациентам с ОКС или ОИМ	I
4)	В организационной структуре медицинской организации II и III уровня стационара установлено наличие экстренного приемного отделения *	II
5)	В организационной структуре медицинской организации II и III уровня установлено наличие службы реабилитации пациентов с ОКС или ОИМ или есть доказательства о взаимодействии с организациями, оказывающими реабилитационную помощь *	I
<b>137. Преемственность. Соблюдается преемственность оказания медицинской помощи</b>		
1)	Процесс госпитализации, направления и перевода пациентов в другие медицинские организации осуществляется на основании критериев, установленных медицинской организацией и ресурсов организации *	I
2)	Определяется персонал медицинской организации ответственный за госпитализацию, направление и перевод пациентов в другие организации *	II
3)	Процесс обследования пациентов (лабораторные и инструментальные методы исследования, осмотры специалистов) стандартизирован с учетом уровней оказания медицинской помощи и законодательства Республики Казахстан. Протоколы диагностики и лечения, алгоритмы или СОПы доступны персоналу медицинской организации в электронном или бумажном варианте	I
4)	Руководством медицинской организации утвержден процесс и временные рамки передачи результатов обследований ответственному персоналу для принятия решения по госпитализации, направлению и переводу пациентов в другие организации *	II
5)	Руководством медицинской организации утвержден процесс перевода и транспортировки пациентов в другие медицинские организации *	II
<b>138. Первичный осмотр. Объем первичного осмотра пациента соответствует профессиональным требованиям</b>		
1)	Медицинским персоналом осуществляется сбор кардиологического анамнеза и оценка состояния пациента. Данные первичного осмотра зафиксированы в медицинской карте пациента	I
2)	Проводится оценка жизненно важных функций пациента согласно требованиям протоколов лечения. Исходная оценка включает: измерение артериального давления, частоты сердечных сокращений; определение состояния органов; оценка состояния сердечно-сосудистой системы, наличие сопутствующих заболеваний сердца и других заболеваний (сахарный диабет, неврологическая патология и др.); определение уровня оксигенации с использованием пульсоксиметрии	I
3)	Проводятся лабораторные и инструментальные исследования, согласно требований протоколов диагностики и лечения пациентов с ОКС или ОИМ: электрокардиографическое исследование в 12-отведениях; высокочувствительные измерение тропонинов; биохимический анализ крови; эхокардиография (при необходимости)	I
4)	Фамилия и подпись врача зафиксирована в форме первичного осмотра пациента (в бумажной форме первичного осмотра)	I
5)	Время и дата осмотра пациента зафиксировано в форме первичного осмотра пациента	I

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
<b>139. Интенсивная терапия. Служба анестезии, реанимации и интенсивной терапии соответствует клиническим нуждам пациентов</b>		
1)	Медицинский персонал службы анестезии, реанимации и интенсивной терапии укомплектован в соответствии с требованиями штатного расписания и законодательства Республики Казахстан	I
2)	Определены функциональные обязанности, требования к квалификации и ответственность персонала службы анестезии, реанимации и интенсивной терапии *	II
3)	Служба реанимации и интенсивной терапии оснащена (медицинское оборудование, изделия медицинского назначения, лекарственные средства, мебель, информационное обеспечение) в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан и согласно уровню оказываемой медицинской помощи	I
4)	Интенсивная терапия в отделении реанимации и интенсивной терапии соответствует требованиям протоколов диагностики и лечения *	I
5)	В медицинской организации утверждены критерии перевода пациентов в/из отделение (-я) интенсивной терапии и реанимации. Оценка состояния пациента на соответствие данным критериям осуществляется врачом-реаниматологом *	II
<b>140. Профилактика тромбозов и тромболитическая терапия. Профилактика тромбозов и (или) тромболитическая терапия проводится в соответствии с протоколами лечения</b>		
1)	Медицинским персоналом проводится оценка рисков для определения показаний и противопоказаний к тромболитической терапии. Данные оценки рисков фиксируются в медицинской карте пациента	I
2)	Медицинским персоналом заполняется форма протокола тромболитической терапии, утвержденная первым руководителем медицинской организации. Тактика тромболитической терапии основывается на клинических протоколах лечения	I
3)	Проводится необходимый объем лабораторных и инструментальных исследований (общий анализ крови с обязательным определением числа тромбоцитов, гематокрита, определение уровня гликемии, активированное частичное тромбопластиновое время и международное нормализованное отношение	I
4)	У пациентов с фибрилляцией предсердий и механическими клапанами, принимающих на регулярной основе оральные антикоагулянты для профилактики тромботических осложнений, проводится обязательный контроль анализа международного нормализованного отношения	I
5)	Установка и мониторинг периферического венозного катетера соответствует требованиям инфекционного контроля	II
<b>141. Прием пациентов с ОКС или ОИМ. Организация и условия приема пациентов с ОКС или ОИМ отвечает нуждам пациентов</b>		
1)	В медицинских организациях II и III уровней внедрена система связи, позволяющая врачу приемного отделения получить информацию от бригады скорой медицинской помощи и экстренно оповестить ответственный медицинский персонал (кардиолога и (или) интервенционного кардиолога) о поступающем пациенте с ОКС или ОИМ	I
2)	В медицинских организациях II и III уровня – при угрозе возникновения нарушений жизненно-важных функций госпитализация проводится в блок / отделение реанимации или лабораторию катетеризации согласно требованиям законодательства Республики Казахстан	I
3)	Организована медицинская сортировка пациентов в соответствии с утвержденными правилами медицинской организации, соблюдаются временные рамки алгоритма оказания медицинской помощи пациентам с ОКС или ОИМ *	I
4)	Медицинский персонал демонстрирует осведомленность критериям медицинской сортировки пациентов и проводит его документацию в соответствии с правилами медицинской организации **	II
5)	Созданы условия незамедлительной и бесприпятственной доставки пациентов в подозрении на ОКС или ОИМ в операционную	II
<b>142. Основное лечение. Этапы проведения основного лечения стандартизированы</b>		
1)	Персоналом медицинской организации проводится мониторинг и коррекция жизненно-важных функций и гемостаза пациента на постоянной основе	I
2)	Персоналом медицинской организации проводится контроль лабораторных показателей и данных инструментальных исследований пациента при наличии показаний	I
3)	Персоналом медицинской организации проводится обеспечение адекватной оксигенации (инсуффляция кислорода, установка воздуховода, искусственная вентиляция легких) пациента	I
4)	Персоналом медицинской организации проводится профилактика и лечение осложнений (тромбозы легочной артерии, пневмонии, тромбозы глубоких вен нижних конечностей, пролежни, острые язвы и пр.)	I
5)	В медицинской организации имеется необходимое оборудование для оказания основного лечения пациенту, согласно требованиям протоколов диагностики и лечения	II
<b>143. Хирургическое лечение пациентов с ОИМ (III уровень). Хирургическое лечение острого инфаркта миокарда соответствует профессиональным требованиям, утвержденным клиническим протоколам и потребностям пациентов</b>		



№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
1)	Хирургическое лечение проводится по обоснованным показаниям согласно требованиям протоколов диагностики и лечения и законодательства Республики Казахстан ***	I
2)	Решение о проведении хирургических вмешательств в остром (подостром) периоде проводится коллегиально (с участием кардиологов, интервенционных кардиологов, кардиохирургов и анестезиологов, реаниматологов)	I
3)	Хирургическое лечение проводится в соответствии с клиническими протоколами медицинской организации, основанными на доказательной медицине *	I
4)	Этапы проведения хирургического лечения полностью стандартизированы (оформление документации, перевод в другое подразделение и т.д.) согласно требованиям законодательства Республики Казахстан *	I
5)	Информированное согласие пациента или его законных представителей на проведение хирургического лечения оформляется в соответствии с правилами, утвержденными руководством медицинской организации *	II
<b>144. Лабораторные услуги. Лабораторные услуги доступны для удовлетворения нужд пациентов с ОКС / ОИМ</b>		
1)	Руководством медицинской организации утвержден перечень услуг лабораторной диагностики, доступных пациентам с ОКС или ОИМ, в зависимости от уровня оказываемой медицинской помощи (оказываемые данной организацией или переданные в аутсорсинг) *	III
2)	Кадровый состав укомплектован квалифицированным персоналом, способным оказать необходимый объем лабораторных услуг, соответствующим требованиям протоколов диагностики и лечения и потребностям пациентов с ОКС или ОИМ	II
3)	Экстренные лабораторные услуги доступны круглосуточно для пациентов с ОКС или ОИМ и утверждены временные рамки готовности результатов *	I
4)	В службе, оказывающей услуги по лабораторной диагностике, проводится периодическая проверка, калибровка, поддержка медицинского оборудования, внутренний контроль качества **	I
5)	Все этапы проведения лабораторных исследований стандартизованы *	I
<b>145. Функциональная и лучевая диагностика. Услуги функциональной и лучевой диагностики доступны для удовлетворения нужд пациентов с ОКС / ОИМ</b>		
1)	Утвержден перечень услуг по функциональной и лучевой диагностике, доступных пациентам с ОКС или ОИМ, в зависимости от уровня оказываемой медицинской помощи (оказываемые данной организацией или переданные в аутсорсинг) *	III
2)	Кадровый состав укомплектован квалифицированным персоналом, способным оказать необходимый объем услуг по функциональной и лучевой диагностике, соответствующим требованиям протоколов диагностики и лечения и потребностям пациентов с ОКС или ОИМ	II
3)	В медицинских организациях II и III уровня экстренные услуги лучевой и функциональной диагностики доступны круглосуточно для пациентов с ОКС или ОИМ и утверждены временные рамки готовности результатов	I
4)	В службе, оказывающей услуги по функциональной и лучевой диагностике, проводится периодическая проверка, калибровка, поддержка медицинского оборудования, внутренний контроль качества **	I
5)	Все этапы проведения функциональной и лучевой диагностики стандартизованы *	I
<b>146. Скорая медицинская помощь (I уровень). На уровне службы скорой медицинской помощи созданы условия для своевременного выявления, оказания первой медицинской помощи и транспортировки пациентов с ОКС/ОИМ</b>		
1)	Санитарный транспорт, перечень медицинского оборудования, обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения соответствуют требованиям оказания неотложной помощи пациентам с ОКС или ОИМ	I
2)	Время доезда службы скорой медицинской помощи от вызова до прибытия на место вызова регламентируется в соответствии с алгоритмами оказания медицинской помощи пациентам с ОКС или ОИМ **	I
3)	Кадровый состав службы скорой медицинской помощи состоит из квалифицированного персонала, способного оказывать необходимый объем неотложной медицинской помощи пациентам с ОКС или ОИМ	I
4)	Медицинский персонал службы скорой медицинской помощи владеет методикой тромболитической терапии на догоспитальном этапе	I
5)	Медицинский персонал службы скорой медицинской помощи документирует состояние пациента, оказанную медицинскую помощь, и передают эту информацию следующей команде медицинских работников, принимающих пациента	I
<b>Параграф 4. Стандарты аккредитации оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях</b>		
<b>Раздел 1. Административные условия.</b>		
<b>147. Административные условия и ресурсы. Медицинская организация создает базовые условия для оказания медицинских услуг по онкологии</b>		
1)	Деятельность медицинской организации лицензирована, имеются все виды необходимых лицензий для оказания онкологической помощи пациентам ***	I



№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
2)	В медицинской организации утвержден список оказываемых услуг медицинской организацией по онкологии с учетом уровня оказываемой медицинской помощи *	III
3)	Медицинская организация обеспечена необходимыми лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в соответствии с установленными требованиями оказания медицинской помощи по онкологии и (или) лучевой терапии	I
4)	Медицинская организация обеспечена необходимым оборудованием в соответствии с установленными требованиями оказания медицинской помощи по онкологии и (или) лучевой терапии	I
5)	Руководство создает необходимые условия для эффективного лечения онкологических пациентов	I
<b>148. Преемственность. Соблюдается преемственность оказания медицинской помощи</b>		
1)	Осуществляется организационно-методическую работу по принципу прямой и обратной связи с ПМСП и районными онкологами. Осуществляет мониторинг своевременности диспансеризации онкологических больных (2,3,4 клинические группы). Процесс документируется (отчеты, формы 30-у\Ф, 90-у\Ф).	I
2)	В онкологическом диспансере / центре / отделении определены ответственные лица, осуществляющие взаимосвязь с медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь *	II
3)	На регулярной основе производится анализ запущенности онкопатологии с разбором каждого случая. Процесс документируется с выделением корневых причин и мероприятий по улучшению качества своевременной диагностики злокачественных новообразований (далее – ЗНО). На регулярной основе производится мониторинг соблюдения сроков обследования больных с подозрением на ЗНО и сроков начала лечения с момента верификации диагноза	I
4)	Отработана система направления больных с ЗНО для обследования и лечения в медицинские организации республиканского уровня или медицинские организации онкологического профиля других областей (по желанию или потребностям пациента).	III
5)	Осуществляется взаимосвязь с высокотехнологичными центрами радиационной онкологии и РГП на ПХВ «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии» Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее – КазНИИОР) или аналогичными организациями республиканского уровня**	II
<b>Раздел 2. Онкологическая помощь на уровне региональных, городских, областных онкологических диспансеров, центров и онкологических отделений многопрофильных медицинских организаций</b>		
<b>149. Диспансерное отделение онкологического диспансера / онкологического центра</b>		
1)	В медицинской организации создана и функционирует мультидисциплинарная группа (далее – МДГ). Имеется Положение о работе МДГ с указанием режима функционирования, списка членов комиссии в зависимости от нозологии *. Протокол МДГ соответствует требованиям (диагноз указан в полном объеме, определен план лечения в соответствии с требованиями клинических протоколов, количество участников МДГ не четное число)	I
2)	В медицинской организации функционирует кабинет противоболевой терапии для оказания помощи и консультации больных с хроническим болевым синдромом (при наличии). Средним медицинским персоналом ведётся лист «Оценка боли»	I
3)	Химио-гормонотерапия пациентов с онкологической патологией на амбулаторном уровне осуществляется в кабинете амбулаторной химиотерапии (далее – КАХ) онкологического диспансера	I
4)	В КАХ ведется строгий учет прихода и расхода противоопухолевых и гормональных препаратов и обслуживаемых пациентов. Для корректировки заявок составляются ежеквартальные отчеты по лекарственным препаратам и пациентам	I
5)	В медицинской организации функционируют кабинеты социального работника и психолога	II
<b>150. Разведение цитостатических лекарственных средств.</b>		
1)	Для обеспечения безопасности медицинского персонала от токсического воздействия противоопухолевых препаратов и рационального использования лекарственных средств создаются кабинеты централизованного разведения цитостатических лекарственных средств (далее – КЦРЦ).	I
2)	Работа в КЦРЦ по разведению противоопухолевых лекарственных средств организуется посменно.	I
3)	КЦРЦ оснащен в соответствии с требованиями регламентированных законодательством Республики Казахстан (имеется утвержденный перечень оборудования для КЦРЦ)	I
4)	Разработана и исполняется процедура оформления заявки и получения готового для применения химиопрепарата.* Руководством медицинской организации утверждены процедуры, описывающие деятельность кабинета для централизованного приготовления цитостатических лекарственных средств или централизованного клиничко-фармакологического отдела (при наличии), обеспечивающие безопасность персонала *	II
5)	Разведенные лекарственные средства пакуются в одноразовые стерильные емкости (флаконы, шприцы), маркируются и имеет идентификаторы пациента (смотреть пункт 55 настоящего Стандарта). К емкости прикрепляется второй экземпляр заявки. Разведенные противоопухолевые лекарственные средства получает и транспортирует медицинская сестра клинического подразделения в контейнерах.	I
<b>151. Отделение химиотерапии</b>		

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
1)	Проводятся необходимые курсы химиотерапии и другие специфические методы лечения пациентам с верифицированным диагнозом злокачественного новообразования согласно клиническим протоколам диагностики и лечения	I
2)	Медицинским персоналом осуществляется консультирование и наблюдение пациентов, получающих химиотерапию в смежных подразделениях	I
3)	Медицинским персоналом обеспечивается преемственность в проведении полихимиотерапии пациентам со злокачественными заболеваниями между стационарными подразделениями и кабинетом для амбулаторной химиотерапии онкологического диспансера	I
4)	Исполняются процедуры по профилактике и лечению осложнений химиотерапии. Определены критические показатели здоровья при осложнениях химиотерапии, требующих неотложных мероприятий.	III
5)	Таргетная терапия проводится с учетом молекулярно-генетических анализов	I
<b>152. Восстановительное лечение и паллиативная помощь</b>		
1)	Обеспечивается служба реабилитации и восстановительного лечения согласно профилю и уровню медицинской организации	II
2)	Осуществляется дифференциальный подход при выборе методов и средств восстановительного лечения для различных контингентов онкологических больных	I
3)	Проводится комплекс мероприятий по медико-социальной реабилитации пациентов с распространенными формами злокачественных новообразований	I
4)	Оказывается консультативная помощь медицинским организациям ПМСП по организации паллиативной помощи онкологическим пациентам на дому	I
5)	В отделении паллиативной помощи осуществляет деятельность психолог или психотерапевт в соответствии с должностными инструкциями	II
<b>153. Радиологическое отделение (при наличии)</b>		
1)	Уровень технического оснащения отделения лучевой терапии радиотерапевтическими установками, топометрическим и дозиметрическим оборудованием соответствует установленным требованиям санитарных норм и правил Республики Казахстан ***	I
2)	Блок физико-технического обеспечения лучевой терапии входит в состав отделения лучевой терапии (радиологического отделения), или является самостоятельной структурной единицей со штатом медицинских физиков, инженеров, лучевых лаборантов	II
3)	В радиологическом отделении функционируют кабинеты дозиметрии и планирования лучевой терапии	I
4)	Созданы условия для функционирования радиологических коек на уровне дневного стационара	I
5)	Ведение радиологической карты соответствует установленным требованиям (полнота и правильность его заполнения; наличие плана облучения пациента, с идентификацией разработчика и лица, проверившего и утвердившего план)	I
<b>154. Организация лучевой терапии.</b>		
1)	Лучевая терапия проводится по принципу "единый врач – лучевой терапевт (радиационный онколог)", предусматривающий клиническое ведение пациента, проведение предлучевой подготовки и лучевого лечения одним врачом – лучевым терапевтом (радиационным онкологом).	I
2)	Планы облучения вносятся в радиологическую карту пациента, в которой указываются паспортные данные, подпись разработчика и лица, проверившего и утвердившего план. Второй инженер-медицинский физик или заведующий отделением проверяет планы облучения.	II
3)	В медицинской организации, имеющей одну единицу лучевого оборудования, техническое обслуживание и ремонт аппарата проводится сервисной организацией, имеющей соответствующую лицензию в сфере использования атомной энергии или инженером по обслуживанию лучевого оборудования отделения медицинской физики - специалистом с высшим техническим образованием, имеющий сертификат повышения квалификации по обслуживанию и ремонту лучевого оборудования.	II
4)	Медицинская сестра лучевого оборудования (технолог радиотерапии) – специалист со средним или высшим медицинским образованием, имеющий сертификат повышения квалификации по работе на аппаратах лучевой терапии, отделения медицинской физики осуществляет: <ul style="list-style-type: none"> <li>• регистрацию больных, направленных на лучевую терапию;</li> <li>• ввод данных больного и параметров плана облучения в управляющий компьютер лучевого оборудования;</li> <li>• совместно с врачом - лучевым терапевтом выполняет укладку пациента для проведения сеанса лучевой терапии с установкой параметров аппарата (размеры поля облучения, положение гантри, коллиматора и лечебного стола, РИП);</li> <li>• наблюдение за больными во время лечения с помощью телевизионного устройства, двусторонней телефонной связи;</li> <li>• контроль за работой младшего медицинского персонала и санитарным состоянием кабинета лучевой терапии.</li> </ul>	II
5)	Перезарядка лучевого оборудования проводится в соответствии с рекомендациями завода изготовителя оборудования и в сроки, установленные производителем радиоактивного источника, а также в	II

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
	соответствии с правилами организации оказания онкологической помощи населению регламентированных законодательством Республики Казахстан.	
<b>155. Цитологическая лаборатория</b>		
1)	Проводится цитологическая диагностика опухолевых и предопухолевых заболеваний	I
2)	Проводятся иммунофенотипические, молекулярно-биологические исследования с использованием клеточного блока (для референс центров)	I
3)	Проводится цитологическое исследование материала, взятого при профилактических, медицинских осмотрах и диспансеризации населения	I
4)	Проводится инструктаж медицинского персонала, участвующего в заборе цитологического материала, по методике получения и доставке материала в лабораторию **	I
5)	Проводится повышение квалификации и обучение на практике (стажировка на рабочем месте) лаборантов медицинской организации по цитологическому исследованию **	I
<b>156. Патоморфологическая лаборатория и (или) молекулярно-генетическая лаборатория</b>		
1)	Иммуногистохимические (далее – ИГХ) и референтно-экспертные исследования биопсийного и операционного материала проводимые на уровне патоморфологических лабораторий и референс-центров онкологических организаций, осуществляются в соответствии с порядком и перечнем, утвержденным нормативными правовыми актами Республики Казахстан, протоколами диагностики и лечения онкологических заболеваний *	I
2)	Медицинской организацией разрабатываются и внедряются правила и алгоритмы взаимодействия с территориально закрепленными онкологическими диспансерами, службами доставки по проведению ИГХ и референтно-экспертных исследований гистологических материалов *	II
3)	Экспертиза ИГХ исследований, проводимых в патоморфологических лабораториях, осуществляется референс-центрами не реже 1 раза в год	III
4)	Обеспечивается автоматизированное проведение гистологических и ИГХ исследований с применением оборудования для проводки, заливки в парафин, использованием сертифицированных реагентов, с соблюдением стандартных процедур	II
5)	Проводятся молекулярно-генетические исследования с использованием полимеразной цепной реакцией и (или) секвенирования нового поколения (NGS) с целью проведения персонализированной терапии (при наличии)	I
<b>157. Отделение (кабинет) медицинской физики.</b>		
1)	В целях обеспечения бесперебойности и контроля работы оборудования для лучевой терапии, верификации планов излучения с помощью фантомных измерений при проведении сложных методик лучевой терапии, функционирует отделение или кабинет медицинской физики. Для работы отделения или кабинета медицинской физики предусматривается: оборудование для дозиметрических измерений и контроля качества (электрометры, детекторы, фантомы, вспомогательное оборудование); информационно-управляющая система, включающая сервер для хранения и обработки информации по радиотерапии, компьютерные системы планирования и вспомогательные устройства (принтер, сканер, негатоскоп для просмотра рентгеновских и магнитно-резонансных снимков); мастерская для изготовления блоков и других вспомогательных принадлежностей, хранения инструментов и материалов.	I
2)	Руководство работой отделения или кабинета медицинской физики осуществляет заведующий – высококвалифицированный инженер-медицинский физик.	I
3)	Согласно законодательству Республики Казахстан, в отделении / кабинете медицинской физики предусматривается наличие: <ul style="list-style-type: none"> <li>• санитарно-эпидемиологического заключения на право работ с источниками ионизирующих излучений (далее – ИИИ);</li> <li>• документации по учету прихода и расхода радиоактивных веществ и других ИИИ, поступающих в отделение, а также движения радиоактивных источников в соответствии с санитарными правилами работы с ИИИ и законодательством Республики Казахстан в области использования атомной энергии,</li> <li>• протоколы дозиметрических измерений;</li> <li>• протоколы приемки вновь установленного оборудования;</li> <li>• журналы технического обслуживания аппаратов лучевой терапии;</li> <li>• протоколы контроля качества аппаратов;</li> <li>• журнал регистрации планов облучения больных;</li> <li>• журналы регистрации облучения больных на аппаратах;</li> <li>• инструкции по технике безопасности при работе с ИИИ;</li> <li>• инструкции по поведению в аварийных ситуациях;</li> </ul>	I

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
	<ul style="list-style-type: none"> <li>журнал инструктажа персонала по технике безопасности;</li> <li>правила внутреннего трудового распорядка.</li> </ul>	
4)	<p>Контроль качества оборудования лучевой терапии проводится на постоянной основе и включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>проверку характеристик аппаратов лучевой терапии, влияющих на точность отпуска дозы;</li> <li>измерение характеристик терапевтических радиационных пучков: поглощенной дозы, глубинных дозных распределений, профилей пучков, коэффициентов радиационного выхода, коэффициентов пропускания формирующих принадлежностей.</li> </ul>	I
5)	<p>Инженер-медицинский физик отделения / кабинета – специалист с высшим техническим образованием по специальности "Медицинская физика", "Физика", "Техническая физика", имеющий сертификат повышения квалификации по направлению, соответствующему должностным обязанностям отделения медицинской физики осуществляет:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>планирование и участие в осуществлении программы лучевой терапии совместно с врачом лучевым терапевтом с расчетом дозного распределения и времени облучения, оценку и оптимизацию планов;</li> <li>разработку и участие в осуществлении программы контроля качества оборудования лучевой терапии;</li> <li>измерение характеристик радиационных пучков, в том числе калибровку пучка и подготовку нового аппарата к клинической эксплуатации, с периодичностью согласно требованиям обеспечения качества лучевой терапии;</li> <li>обработку дозиметрических данных и введение их в компьютерные планирующие системы;</li> <li>верификацию планов излучения с помощью фантомных измерений, при проведении сложных методик лучевой терапии;</li> <li>участие вместе с радиационным онкологом и медицинской сестрой лучевого оборудования в первой укладке пациента и периодический контроль за правильностью осуществления плана лучевого лечения;</li> <li>надзор за техническим обслуживанием оборудования лучевой терапии.</li> </ul>	I
<b>158. Специализированный консультативно-диагностический отдел / отделение (СКДО)</b>		
1)	СКДО проводится организационно-методическая работа по внедрению скрининговых программ, направленных на снижение смертности населения от онкологических заболеваний	II
2)	Осуществляется координационная работа с профильными врачами и главными внештатными специалистами по специальностям, участвующими в проведении скрининговых исследований	II
3)	Проводится архивирование скрининговых маммограмм и цитологических микропрепаратов	II
4)	Осуществляется координация планов работы со своевременным предоставлением аналитической информации по скринингу в республиканский СКДО	II
5)	Медицинская организация проводит мероприятия по повышению квалификации врачей СКДО, по планированию и руководству санитарно-просветительной работы в рамках скрининговых программ **	II
<b>Раздел 3. Онкологическая помощь национального уровня</b>		
<b>159. Координационная и методическая деятельность</b>		
1)	Проводятся научно-исследовательские, научно-практические и организационно-методические работы в области онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии, ядерной медицины с проведением экспериментальных, клинических и статистических исследований	II
2)	Оказывается организационно-методическая и консультативная помощь организациям здравоохранения по лечебно-диагностическим и организационным вопросам, внедрению новых технологий в области онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии, ядерной медицины	II
3)	Координируется деятельность онкологической службы Республики Казахстан: мониторинг и анализ годовой отчетности региональных, областных, городских онкологических диспансеров и центров	II
4)	Проводится совершенствование существующих и разработка новых методов диагностики, лечения, профилактики злокачественных онкологических заболеваний	II
5)	Осуществляется разработка, внедрение, мониторинг скрининговых программ по ранней диагностике онкологических заболеваний в Республики Казахстан	II
<b>Параграф 5. Стандарты аккредитации оказания травматологической помощи</b>		
<b>160. Административные условия и ресурсы. Медицинская организация создает базовые условия для оказания медицинских услуг по травматологии и ортопедии</b>		
1)	Деятельность медицинской организации лицензирована, имеются все виды необходимых лицензий для оказания травматологической и ортопедической помощи пациентам	I
2)	Руководством медицинской организации утвержден перечень травматологических и ортопедических услуг с учетом уровня оказываемой медицинской помощи	I

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
3)	Медицинская организация обеспечена необходимыми лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в соответствии с требованиями оказания медицинской помощи по травматологии и ортопедии с учетом уровня оказываемой медицинской помощи	I
4)	Медицинская организация обеспечена необходимым оборудованием и инструментарием в соответствии с требованиями оказания медицинской помощи по травматологии и ортопедии с учетом уровня оказываемой медицинской помощи	I
5)	Медицинская организация создает необходимые и безопасные условия пребывания и лечения для травматологических и ортопедических пациентов	I
<b>161. Организационная структура. Организационная структура медицинской организации обеспечивает травматологическое и ортопедическое лечение пациентов</b>		
1)	В организационной структуре медицинской организации определено наличие подразделения, обеспечивающего оказание травматологической и (или) ортопедической помощи пациентам	I
2)	В медицинской организации установлено наличие травматологического пункта, оказывающего круглосуточный амбулаторный прием пациентов с острой травмой	I
3)	Медицинская организация имеет утвержденное положение о подразделении (-ях), оказывающим (-их) травматологическую и (или) ортопедическую помощь пациентам	I
4)	Подразделение, обеспечивающее оказание травматологической и (или) ортопедической помощи пациентам, укомплектовано кадровым составом согласно штатного расписания медицинской организации и должностных инструкций.	I
5)	Медицинская организация назначает руководителя травматологического и (или) ортопедического подразделения, который соответствует установленным квалификационным требованиям должностной инструкции к занимаемой должности	I
<b>162. Ресурсы. Материально-техническая база медицинской организации соответствует объему и уровню оказания медицинской помощи травматологическим и ортопедическим пациентам</b>		
1)	Медицинская организация имеет необходимое и исправное медицинское оборудование, для оказания качественной и эффективной травматологической и ортопедической помощи пациентам	I
2)	Медицинская организация имеет необходимый и исправный инструментарий для оказания качественной и эффективной травматологической и ортопедической помощи пациентам	I
3)	Медицинская организация ежегодно формирует перечень необходимого медицинского оборудования, изделий медицинского назначения, инструментария и лекарственных средств для оказания травматологической и (или) ортопедической помощи пациентам, на основании заявок руководителя травматологического и (или) ортопедического подразделения	I
4)	Медицинская организация обеспечивает необходимый неснижаемый запас изделий медицинского назначения и лекарственных средств для оказания полноценного объема медицинской помощи при острой травме или заболеваниях опорно-двигательного аппарата	I
5)	Медицинская организация планирует и выделяет из бюджета организации необходимые финансовые средства для поддержания и развития травматологической и ортопедической службы	I
<b>163. Прием пациента. Первичный осмотр пациента с травмой или заболеванием опорно-двигательного аппарата соответствует требованиям доступности, своевременности и объему</b>		
1)	Медицинская организация обеспечивает: своевременный прием / осмотр пациентов с травмой легкой степени или с обострением хронического заболевания опорно-двигательного аппарата в кабинете травматолога-ортопеда; своевременный прием и осмотр в приемном отделении/пкое пациентов с острой травмой при самостоятельном обращении пациентов, при поступлении по линии скорой медицинской помощи, при направлении других медицинских организаций своевременный прием и осмотр пациентов с острой травмой в травматологическом пункте	I
2)	При первичном приеме / осмотре пациента с травмой или с заболеванием опорно-двигательного аппарата проводится сбор жалоб и анамнеза жизни, травмы или заболевания, наследственный, аллергологический, объективный и локальный статус с определением предварительного диагноза	I
3)	Пациентам с тяжелой травмой проводится оценка жизненно-важных функций, неврологический осмотр, оценка локального статуса пациента с учетом балльного показателя степени анатомических повреждений, оценка степени физиологических нарушений с участием врачей-реаниматологов	II
4)	Медицинская организация обеспечивает своевременное проведение лабораторных и инструментальных методов исследований для пациентов с травмой или заболеванием опорно-двигательного аппарата	II
5)	Начало и своевременность оказания медицинской помощи пациентам с травмой и (или) с заболеваниями опорно-двигательного аппарата соответствуют требованиям протоколов диагностики и лечения, утвержденных руководством медицинской организации	II
<b>164. Специализированная медицинская помощь. Травматологическая и ортопедическая помощь соответствует требованиям качественного и эффективного оказания медицинской помощи пациентам</b>		



№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
1)	Медицинская помощь травматологическим и ортопедическим пациентам оказывается в соответствии протоколами диагностики и лечения, утвержденными руководством медицинской организации с учетом уровня оказания медицинской помощи	II
2)	Оформляется специальное информированное добровольное согласие пациента на хирургическое вмешательство (пациент информируется о преимуществах, рисках, возможных осложнениях и альтернативах предлагаемого метода лечения) **	I
3)	В медицинской организации проводится анализ (разбор) летальных случаев пациентов с травмой или заболеваниями опорно-двигательного аппарата	I
4)	В медицинской организации при затруднении постановки диагноза, неэффективности проводимого лечения, а также при иных показаниях организуется консилиум в целях установления диагноза и определения более эффективного плана лечения согласно требованиям протоколов диагностики и лечения *	I
5)	В медицинской организации внедрен принцип «не отказывать в медицинской помощи» при острой травме любого характера независимо от места проживания пациента *	I
<b>165. Ресурсы и план травматологической и ортопедической помощи. Травматологическая и ортопедическая помощь соответствует требованиям качественного и эффективного оказания медицинской помощи пациентам</b>		
1)	Медицинский персонал, оказывающий медицинскую помощь пациентам с травмой и заболеваниями опорно-двигательного аппарата, проходит обучение и повышение квалификации на постоянной основе	I
2)	В медицинской организации внедрены технологии и методы лечения травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата, соответствующие профессионально признанным источникам, основанные на доказательной медицине	I
3)	Медицинская организация координирует взаимодействие травматологической службы организации и скорой медицинской помощи, с анализом уровня и качества оказания медицинской помощи при травме на догоспитальном этапе	II
4)	Медицинская организация имеет план готовности к чрезвычайным ситуациям, предусматривающий оказание травматологической помощи, в том числе при массовом поступлении пациентов *	II
5)	Создаются условия профилактики падения пациентов (например, санитарные узлы оборудованы поручнями, первые и последние ступеньки лестниц визуально обозначены, лестницы оборудованы перилами, отсутствуют резкие выступы)	II
<b>166. Интенсивная терапия. Служба анестезии, реанимации и интенсивной терапии соответствует клиническим нуждам пациентов</b>		
1)	Персонал службы реанимации укомплектован в соответствии с нормативными требованиями, штатного раписания и организационной структурой медицинской организации *	I
2)	Медицинская организация проводит обучение персонала службы анестезии, реанимации и интенсивной терапии по вопросам оказания интенсивной терапии и анестезии пациентам с травмами, в том числе множественными и сочетанными	I
3)	Служба реанимации оснащена в соответствии с установленными требованиями (изделия медицинского назначения, лекарственные средства, медицинское оборудование, мебель) в соответствии с профессиональными требованиями и согласно уровню оказываемой медицинской помощи	I
4)	В случае поступления в приемное отделение медицинской организации критических пациентов с острой травмой, в том числе множественной и сочетанной травмой, обеспечивается своевременный осмотр врача-реаниматолога	I
5)	В медицинской организации утверждены критерии перевода пациентов в/из отделение(-я) интенсивной терапии и реанимации. Оценка состояния пациента на соответствие данным критериям осуществляется врачом-реаниматологом *	I
<b>167. Операционный блок. Условия операционного блока обеспечивают проведение оперативного лечения пациентов с травмой или заболеваниями опорно-двигательного аппарата</b>		
1)	Медицинская организация имеет утвержденный штат и кадровый состав операционного блока для обеспечения проведения оперативного лечения с учетом уровня оказываемой медицинской помощи. Персонал службы реанимации укомплектован в соответствии с требованиями, штатного раписания и организационной структуры медицинской организации *	I
2)	В медицинской организации функционирует операционный блок, обеспечивающий проведение полноценного и безопасного оперативного вмешательства при травмах или заболеваниях опорно-двигательного аппарата	I
3)	Медицинская организация обеспечивает операционный блок необходимым и исправным оборудованием, инструментарием, изделиями медицинского назначения и расходными материалами для проведения оперативных вмешательств у пациентов с травмой и заболеваниями опорно-двигательного аппарата с учетом уровня оказываемой медицинской помощи	I
4)	Медицинская организация проводит обучение персонала операционного блока по вопросам организации и проведения оперативных вмешательств у пациентов с травмой и заболеваниями опорно-двигательного аппарата	I



№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
5)	В медицинской организации внедрена система идентификации пациента и верификации операционного участка у пациентов с травмой или заболеванием опорно-двигательного аппарата перед непосредственным проведением оперативного вмешательства	I
<b>168. Реабилитационная помощь. Реабилитационная помощь соответствует своевременным и полноценным требованиям по восстановлению и улучшению качества жизни травматологических и ортопедических пациентов</b>		
1)	В структуре медицинской организации установлено наличие реабилитационного отделения либо определены койки для проведения реабилитации в составе травматологического и (или) ортопедического отделения	II
2)	Медицинская организация имеет необходимые условия и перечень медицинского оборудования для проведения ранней и (или) поздней реабилитационной помощи травматологическим или ортопедическим пациентам	II
3)	Медицинская организация проводит обучение медицинского персонала по современным технологиям оказания реабилитационной помощи травматологическим и ортопедическим пациентам	II
4)	Медицинская организация обеспечивает индивидуальный комплексный план реабилитации для пациентов с травмой и заболеванием опорно-двигательного аппарата	II
5)	Медицинская организация обеспечивает контроль реализации плана реабилитации и внесение необходимых корректировок для повышения и улучшения качества жизни пациентов	II

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
---	--------------------------------	------

## ГЛАВА 6: ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИКРЕПЛЕННОМУ НАСЕЛЕНИЮ

<b>169. Служба скорой / неотложной помощи при ПМСП соответствует потребностям пациентов.</b>		
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
<b>170. Наличие навигации, санитарного автотранспорта и персонала. Навигация, количество санитарного транспорта и ответственного персонала обеспечивают предоставление скорой медицинской помощи прикрепленному населению</b>		
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 радиокommunikации 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
<b>171. Готовность бригады к оказанию экстренной медицинской помощи. Бригада скорой помощи обучены оказанию разного уровня и видам неотложной помощи ***</b>		
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
<b>172. Основы безопасного ухода. Руководство и члены бригады скорой помощи обеспечивают оказание безопасного ухода за пациентом</b>		
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

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг
---	--------------------------------	------

<b>173. Проверка водителя, техническое обслуживание и уборка автотранспорта. Проверка водителя, техническое обслуживание и уборка автотранспорта обеспечивают безопасное передвижение санитарного автотранспорта</b>		
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