

Стоматологиялық көмек көрсететін медициналық ұйымдарды аккредиттеу стандарттары (1 нұсқасы)
Стандарты аккредитации медицинских организаций, оказывающих стоматологическую помощь (версия 1)
Авторское право АСQH

1 тарау. Басшылық

№	Стандарт және өлшенетін өлшемшарттар	Ранг
1. Медициналық ұйымның басқару органы. Басқару органының функциялары (Бақылау Кеңесі, Директорлар кеңесі, медициналық ұйымның құрылтайшы(лары) регламенттелген және оның медициналық ұйымды басқаруға қатысуын қамтамасыз етеді		
1)	Медициналық ұйымның бірінші басшысына (басшыларына) берілген өкілеттіктерді қоса алғанда, басқару органының құрылымы мен функциялары медициналық ұйымның Жарғысында (Ережесінде) жазылған **	III
2)	Медициналық ұйымның Басқару органының мүшелері Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес сайланады ***	III
3)	Басқару органы бюджетпен байланысты стратегиялық жоспар мен жоспарларды бекіту немесе келісу арқылы медициналық ұйымды дамытуға және оның қызметін бағыттауға қатысады	II
4)	Медициналық ұйым тоқсан сайын Басқару органына негізгі қызметтің нәтижелерін, сапаны үздіксіз жақсарту жөніндегі іс-шаралар жоспарын іске асыру туралы есептерді ұсынады; кемінде жарты жылда бір рет Басқару органына тәуекелдерді басқару жөніндегі жоспарды іске асыру туралы есептерді, сондай-ақ ғимараттардың қауіпсіздігі жөніндегі комиссияның есептерін ұсынады **	II
5)	Басқару органы медициналық ұйымның бірінші басшысының(ларының) жұмысын бағалау өлшемшарттарын бекітеді және жыл сайын жүргізеді** Басқару органын жоғары тұрған денсаулық сақтау органы немесе жоғары тұрған құрылтайшы жыл сайынғы негізде бағалайды**. Медициналық ұйымды басқарудың жоғары деңгейі болып табылатын Басқару органы өз қызметін жыл сайынғы өзін-өзі бағалау түрінде бағалайды (жеке ұйымдағы Басқару органы жеке түрде ұсынылған жағдайларды қоса алғанда) **.	III
2. Стратегиялық және операциялық жоспарлау. Медициналық ұйымның басшылары медициналық ұйымның қызметін белгіленген жоспарлар мен міндеттер негізінде жүзеге асырады		
1)	Медициналық ұйымның стратегиялық жоспарында миссия, пайым, құндылықтар, стратегиялық мақсаттар, міндеттер мен міндеттерді орындау индикаторлары мазмұндалады**. Медициналық ұйымның миссиясы мен пайымы оның қызметкерлері мен халқы үшін қол жетімді болып табылады.	III
2)	Стратегиялық жоспардың негізінде белгіленген индикаторлармен медициналық ұйымның жылдық жоспары (операциялық жоспары) әзірленеді және бекітіледі.	III
3)	Жылдық жоспар клиникалық қызметтердің іс-шараларын, қаржылық жоспарларды, анықталған тәуекелдерді ескереді	III
4)	Жауапты тұлға жылдық жоспар іс-шараларының орындалуын жинақтауды және жылдық жоспардың іс-шараларының орындалуын кем дегенде тоқсан сайынғы негізде кейіннен ұйым басшылығына ұсынумен мониторинг жүргізеді.	III

5)	Құрылымдық бөлімшелердің басшылары қойылған міндеттердің орындалуы және жылдық жоспардың индикаторлары бойынша қажетті нәтижелерге жету туралы жауапты тұлғаға кемінде тоқсан сайын есеп береді **	II
3. Ұйымдық құрылым. Ұйымдық құрылым схема түрінде ұсынылады және медициналық ұйымның миссиясын жүзеге асыру үшін қажетті позицияларды қамтамасыз етеді.		
1)	Ұйымдық құрылым схема түрінде ұсынылады, құрылымдық бөлімшелер мен басшылықтың, сондай-ақ жұмыс істейтін комиссиялардың және (немесе) комитеттердің есептілігі мен өзара байланысын көрсетеді. Ұйымдық құрылымды медициналық ұйымның басшылығы бекітеді және ұйым персоналының назарына жеткізіледі **.	III
2)	Ұйымдық құрылымда медициналық ұйымға жалпы басшылықты жүзеге асыратын және емдеу-профилактикалық қызметті бақылауды жүзеге асыратын ұстаным айқындама көрсетіледі.	II
3)	Ұйымдық құрылымда мейіргерлік күтімді бақылауды жүзеге асыратын айқындама көрсетіледі.	I
4)	Ұйымдық құрылымда медициналық қызмет көрсету сапасын басқару жөніндегі қызметті жүзеге асыратын айқындама көрсетіледі. Сапаны басқару жөніндегі қызметті жүзеге асыратын медициналық ұйымның жауапты тұлғасы сапаны үздіксіз жақсарту жөніндегі жоспардың мониторингіне жауапты, сапаны жақсарту саласында қажетті дағдылар мен білімге ие болып табылады.	I
5)	Ұйымдық құрылымда жоспарлауды, мониторингті және бақылауды қоса алғанда, қаржы ресурстарын тиімді басқаруды бақылауды жүзеге асыратын айқындама көрсетіледі.	III
4. Әдеп нормалары. Ұйымның әдеп нормалары анықталады және сақталады		
1)	Медициналық ұйымда пациентке медициналық қызмет көрсету кезінде, сондай-ақ ұжым ішіндегі өзара әрекеттесу кезінде персоналдың мінез-құлық ережелерін реттейтін әдеп нормалары айқындалады.	III
2)	Медициналық ұйымда емдеуді тоқтатуға байланысты даулы шешімдерді, әдеп кодексін және медициналық ұйымның нормаларын бұзуға байланысты негізделген шағымдарды қоса алғанда, медициналық көмек көрсету кезінде туындайтын әдеп мәселелерін қарау үшін Әдеп комиссиясы құрылған**. Емдеуге байланысты даулы шешімдерді қарау кезінде Әдеп комиссиясы егер олар бастапқыда әдеп комиссияның құрамына енгізілмесе медицинаның тиісті және сабақтас салаларындағы мамандарды, сондай-ақ пациентті және (немесе) оның өкілін қамтиды.	III
3)	Медициналық ұйымда ұжымдағы өзара іс-қимылды (зорлық-зомбылық, нәпсілік дәмелену, қудалау сияқты жағдайлар) қоса алғанда (осы Стандарттың 5-тармағының 1), 3) тармақшаларын қарау), Қазақстан Республикасы заңнамасының талаптарына сәйкес басқа да жағдайларды қамтитын әдеп мәселелері бойынша анықтау, уақытылы талдау және шаралар қабылдау процестері енгізілген. Әдеп комиссиясы немесе басқа комиссия жоғарыда аталған жағдайларды талдауға қатысады **	II
4)	Медициналық ұйымның персоналы медициналық ұйымда Әдеп кодексінің нормалары мәселелері бойынша оқытудан өтеді. Оқу оқиғаларға (қысым көрсету, қудалау) жауап ретінде басқару органын және (немесе) персоналдың уәкілетті органдарын әрекетсіздік жағдайлары туралы тікелей хабардар ету рәсімін қамтиды.	II
5)	Әдеп мәселелері бойынша талдау және шаралар қабылдау рәсімдері белгіленген мерзімдер шеңберінде жүргізіледі**.	III
5. Қауіпсіздік мәдениеті (пациенттің қауіпсіздігі кәсіби ынтымақтастықтан жоғары қойылатын ұжымдағы жазаланбайтын жағдай). Медициналық ұйымның басшылығы қауіпсіздік мәдениетін енгізеді және қолдайды, оқиғаларды анықтауды ынталандырады және жұмысты жақсарту бойынша жүйелі шараларды қабылдайды		

1)	Медициналық ұйымда «қауіпсіздік мәдениетін» іске асыруды қамтамасыз ететін іс-шаралар орындалады. Клиникалық қызметкерлер жазалану қаупі жоқ оқиғаларды толтыруды және тіркеуді қамтамасыз ететін жазаланбайтын жүйе туралы хабардар, сонымен қатар «әлеуетті қате», «қате», «экстремалды оқиға» анықтамаларын біледі.	I
2)	Медициналық ұйымда жоғары тәуекелді (сот ісін жүргізу қаупі жоғары) рәсімдер мен операцияларды орындайтын медицина қызметкерлерінің кәсіби жауапкершілігін сақтандыруды (кепілдендіруді) қамтамасыз ету процесі енгізілген **.	I
3)	Медициналық ұйымда бекітілген рәсімдерге сәйкес оқиғаларды (әлеуеттік қатенің, қатенің, экстремалды оқиғаның құжатталған жағдайы) тіркеу және хабарлау процесі енгізілген *.	I
4)	Медициналық ұйымда оқиғаның негізгі себептерін зерделеу бойынша бақылауды, сондай-ақ персоналды оқиғаларды басқаруға оқытуды қоса алғанда, оқиғаларды мониторингілеуге және басқаруға жауапты тұлғалар (тұлға) айқындалған.	II
5)	Оқиға барысында зардап шеккен тараппен байланысты қоса алғанда, процестер мен қызметтердің сапасын жақсарту мақсатында оқиғалардың негізгі себептерін сәйкестендіруді және оларды жүйелі шешуді қамтамасыз ететін зерделеу тетігі орындалады **.	I
6. Индикаторлар және сапаны жақсарту жоспары. Сапа индикаторларының мониторингі және сапаны үздіксіз жақсарту жөніндегі жоспардың орындалуы бойынша іс-шаралар іске асырылады		
1)	Медициналық ұйым Қазақстан Республикасының ұлттық заңнамасына сәйкес ішкі қызмет индикаторларының (бұдан әрі – ішкі сараптама индикаторлары), сондай – ақ аккредиттеу стандарттарымен талап етілетін сапаны арттыру индикаторларының (инфекциялық бақылау жүйесінің, дәрілік заттарды басқару жүйесінің, пациенттердің қауіпсіздігінің индикаторлары, бұдан әрі-аккредиттеу индикаторлары) орындалуын бақылайды. Ішкі сараптама индикаторлары мен аккредиттеу индикаторларына қол жеткізу бойынша көрсеткіштер медициналық ұйымның негізгі қызметі туралы тоқсандық есептеріне енгізіледі**.	I
2)	Ішкі сараптама индикаторлары мен аккредиттеу индикаторлары өлшенеді: есептеу формулалары әзірленеді (егер қолданылатын болса, белгілі бір алыммен және бөлгішпен), қажетті шекті мәндер анықталады; деректерді жинау және индикаторларды талдау жүргізіледі**.	II
3)	Медициналық ұйымның басшылығымен ішкі сараптама индикаторлары мен аккредиттеу индикаторлары қатарынан басым индикаторлар айқындалған, олардың сақталуы және шекті мәндерге қол жеткізу медициналық ұйым үшін бірінші кезекте болып табылады. Басым индикаторлардың шекті мәндері мен міндеттеріне, сондай-ақ басшылық айқындаған сапаны жақсарту жөніндегі басқа да іс-шараларға қол жеткізу үшін медициналық ұйым сапаны үздіксіз жақсарту жөніндегі жоспарды әзірлейді.	I
4)	Сапаны үздіксіз жақсарту жоспары мыналарды қамтиды: жақсарту жөніндегі іс-шараның (іс-шаралардың) атауы; іс-шараның (іс-шаралардың)мақсаты; мақсатқа жету үшін қажетті әрекеттер; жауапты тұлғалар; уақыт шеңбері. Сапаны жақсарту жөніндегі жоспар жеке құжат не операциялық жоспардың бір бөлігі болып табылады, ол тұрақты негізде жаңартылады және толықтырылады және мүдделі тараптардың (жоспардың іс-шарасын (іс-шараларын) іске асыруға тартылған және (немесе) мүдделі тұлғалардың) назарына жеткізіледі.	I
5)	Медициналық ұйымның бюджеті медициналық қызметтер сапасын үздіксіз жақсарту жөніндегі іс-шаралар жоспарын және тәуекелдерді басқару жөніндегі іс-шараларды іске асыру үшін қажетті шығыстарды ескереді.	II

7. Сапаны басқару. Медициналық ұйымда сапаны бақылау жөніндегі іс-шаралар іске асырылады		
1)	Медициналық ұйымның басшылығы құрылымдық бөлімшелердің басшыларымен және қызметкерлермен бірлесе сапаны жақсарту құралдарын (мысалы, «PDCA циклі», «Исикава диаграммасы» және басқа құралдар) сапаны үздіксіз жақсарту шараларында қолданады.	II
2)	Медициналық қызметтердің сапасын үздіксіз жетілдіру бойынша құжатта «экстремалды оқиға» терминіне анықтама беріледі. Экстремалды оқиға міндетті тергеп-тексерілуі тиіс және оның нәтижелері туралы медициналық ұйымның басшысы және мүдделі тараптар, сондай-ақ медициналық ұйымның жоғары басшылығы ақпараттандырылады (тоқсандық есепте қабылданған шараларды көрсетумен) **	III
3)	Пациенттердің қанағаттануы немесе пациенттің тәжірибесі туралы сауалнама жүргізіледі. Сауалнама нәтижелері медициналық қызметтердің сапасын арттыру жөніндегі шараларды әзірлеу кезінде ескеріледі *. Пациенттің тәжірибесіне сауалнама жүргізу пациенттен персоналдың медициналық ұйымның ережелерімен және аккредиттеу стандарттарымен регламенттелген іс-әрекеттерді сақтауы бойынша сұрақтарға объективті жауаптар алуды білдіреді (мысалы, сізге арнайы ақпараттандырылған келісімнің мазмұны түсіндірілді ме, соңғы рет қашан құлағаныңыз туралы сұрақ қойылды ма, тағайындалған дәрі-дәрмектің әсері, дәрігер тексеруден бұрын қолын өңдеді ме).	II
4)	Тиісті комиссиялардың отырыстарында күрделі клиникалық жағдайларға талдау жүргізіледі, олардың нәтижелері клиникалық қызметті жақсарту үшін қолданылады.	II
5)	Диагностика және емдеу хаттамаларын, сондай-ақ аккредиттеу стандарттарының талаптарын сақтау үшін стоматологиялық пациенттің медициналық карталарына клиникалық аудит жүргізіледі. Клиникалық аудит әдістемесі медициналық ұйымның ережелерінде анықталған, клиникалық аудит нәтижелері медициналық қызметтердің сапасын арттыру шараларын әзірлеу кезінде қолданылады *.	I
8. Тәуекелдерді басқару. Медициналық ұйымның басшылығы тәуекелдерді басқару жөніндегі бағдарламаны енгізуді қамтамасыз етеді		
1)	Медициналық ұйымда келесі элементтерді қамтитын бекітілген және орындалатын тәуекелдерді басқару бағдарламасы бар: құжаттың мақсаты мен міндеттері; тәуекелдерді бағалау әдісі; тәуекелдер тізілімі және (немесе) сәйкестендірілген тәуекелдердің теріс әсерін төмендететін шараларды сипаттайтын тәуекелдерді басқару жоспары; тәуекелдерді басқару, тәуекелдерді бағалау, есептілік және мониторинг кезеңділігі үшін жауаптылар; тәуекелдерді басқару жөніндегі қызметті жүзеге асыратын бекітілген жауапты тұлға; тәуекелдер бойынша басқару органына есеп беру; персоналды оқыту бойынша талаптар; тәуекелдердің түрлері (стратегиялық, клиникалық, эпидемиологиялық, қаржылық, ғимараттың функционалдығы бойынша тәуекелдер және өзге де тәуекелдер); әрбір елеуді тәуекелге әрекет жасау талабы; тәуекелдер туралы мүдделі тараптармен у байланысу және хабарлау талабы; тәуекелдерді басқару жөніндегі бағдарламаны іске асырудағы персоналдың жауапкершілігі *	II
2)	Тәуекелдер тізілімі және (немесе) тәуекелдерді басқару жоспары медициналық көмек көрсетумен байланысты клиникалық тәуекелдерді (мысалы, биоматериалдарды сәйкестендіру және тасымалдау), сондай-ақ жоғары тәуекелді қызметтерді ұсынумен байланысты тәуекелдерді ескереді.	I

3)	Құрылымдық бөлімшелердің басшылары және медициналық ұйымның персоналы өзінің бөлімшелеріндегі өндірістік процесстердің клиникалық, техногендік және ұйымдастырушылық ерекшеліктері салдарынан туындауы мүмкін болатын қолайсыз оқиғалар туралы ақпараттандырылған.	I
4)	Медициналық ұйым тәуекелдерді үздіксіз бағалауды жүргізеді. Тәуекелдер туралы ақпарат көздері: оқиғалар (әлеуетті қате, қателер, экстремалды оқиға), медицина персоналы, бақылаулар, құжаттамаларды шолу, пациенттер және олардың заңды өкілдері **	II
5)	Медициналық ұйым тәуекелдерді басқару, тәуекелдерді азайту немесе жою бағдарламасының іс-шараларын толыққанды іске асыру бойынша шараларды қабылдайды (жоспар жыл ішінде құрылады, жаңартылады және түзетіледі) **	II
9. Клиникалық хаттамалар. Медициналық ұйымның басшылары медициналық персоналдың клиникалық хаттамаларды қолдануын және енгізуін қамтамасыз етеді		
1)	Медициналық ұйымда диагностика мен емдеудің клиникалық хаттамаларын (бұдан әрі – клиникалық хаттамалар) қолдануды бақылау жөніндегі жауапты тұлғалар айқындалды.	II
2)	Дәлелді медицинаға негізделген клиникалық хаттамалардың талаптарына, сондай-ақ аккредиттеу стандарттарының талаптарына сәйкестігі тұрғысынан стоматологиялық пациенттің медициналық карталарын ретроспективті және (немесе) ағымдағы талдау жолымен клиникалық аудит жүргізіледі (осы Стандарттың 3-тарауының 1 және 3-параграфтарын, 4-тарауының 1-параграфын қарау). Клиникалық хаттамаларды мониторингілеу, бақылау және енгізу жөніндегі іс-шаралар ішкі сараптаманың жоспарлы іс-шаралары шеңберінде жүзеге асырылады.	I
3)	Стоматологиялық пациенттің медициналық карталарының клиникалық аудитінің нәтижелері медициналық қызметкерлермен кері байланыс, персоналды оқыту және басқа да іс-шаралар үшін медициналық ұйымда бекітілген рәсімдерге сәйкес медициналық қызметтердің сапасын арттыру үшін қолданылады.	I
4)	Медициналық ұйымның бірінші басшысы стоматологиялық пациенттің медициналық карталарының клиникалық аудитінің нәтижелері туралы кемінде тоқсан сайын хабардар етіледі.	II
5)	Персоналға жұмыс орындарында клиникалық хаттамалар электронды немесе қағаз түрінде қол жетімді. Персоналды жаңа немесе өзгертілген клиникалық хаттамалар туралы ескерту тегігі бар.	II
10. Халықпен жұмыс. Медициналық ұйым пациенттердің алдында кері байланыс мәселелерінде ашық және халыққа көрсетілетін медициналық қызметтердің қолжетімділігіне ықпал етеді		
1)	Медициналық ұйымның ресми сайты халыққа және мүдделі тараптарға қолжетімді болып табылады, көрсетілетін медициналық қызметтерге қатысты негізгі ақпаратты, байланыс деректерін, мекенжайларды, жариялау үшін қолжетімді негізгі құжаттарды және халықтың «медициналық сауаттылығын» арттыру жөніндегі іс-шараларды қамтиды **.	I
2)	Сайтта дәрігерлердің қабылдау кестесі және медициналық ұйымның жұмыс уақыты туралы өзекті ақпарат көрсетіледі**.	III
3)	Медициналық ұйым әлеуметтік желілерде өзекті парақшаларды жүргізеді және халықтың шағымдары мен ұсыныстары бойынша кері байланысты қамтамасыз етеді.	III
4)	Медициналық ұйым халықты салауатты өмір салтына оқыту және аурулардың алдын алу бағдарламаларына қатысады **.	II
5)	Медициналық ұйым жаңалықтар іс-шараларын ресми сайтта уақытылы жариялайды	III

2 Тарау. Ресурстарды басқару

№	Стандарт және өлшенетін өлшемшарттар	Ранг
11. Қаржыны басқару. Медициналық ұйымның қаржылық ресурстары жоспарлы міндеттерді іске асыру үшін тиімді пайдаланылады		
1)	Медициналық ұйымның бюджеті стратегиялық және операциялық (жылдық) жұмыс жоспарларының қойылған міндеттеріне сәйкес келеді (осы Стандарттың 2-тармағын қарау)	III
2)	Медициналық ұйымның бюджеті негіздемесі бар бөлімше басшыларының өтінімдерін ескереді.	III
3)	Бюджет медициналық ұйымды қызметті жүзеге асыру үшін қажетті ресурстармен қамтамасыз етуге мүмкіндік береді және медициналық ұйымның басшылығы бекіткен рәсімдерге сәйкес қайта қаралады (осы стандарттың 26-тармағының 4) тармақшасын, 39-тармағының 3) тармақшасын, 56-тармағының 3) тармақшасын қарау).	I
4)	Медициналық ұйымның персоналына еңбекақы төлеу кезінде сараланған төлем жүйесі негізінде Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес медициналық ұйымның басшылығы бекіткен персоналдың еңбек өнімділігін айқындау үшін индикаторлар көзделген *.	II
5)	Сыртқы мемлекеттік аудит Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес жүргізіледі ***. Жеке ұйымдарда мемлекеттік аудит болмаған жағдайда сыртқы қаржылық аудит жүргізіледі.	I
12. Ақпаратты басқаруға арналған ресурстар. Киберқауіпсіздікті қамтамасыз ету, пациенттердің деректерін қорғау және медициналық ақпараттық жүйелерді қауіпсіз пайдалану үшін тиісті жағдайлар жасалады.		
1)	Медициналық ұйымда техникалық құралдардың жеткілікті саны бар және медициналық және әкімшілік ақпаратпен жұмыс істеу кезінде қызметкерлердің қажеттіліктерін қамтамасыз ететін интернет желісіне сенімді қол жетімділік бар.	II
2)	Медициналық ұйым Қазақстан Республикасы заңнамасының талаптарына сәйкес келетін медициналық деректерді өңдеу және сақтау үшін лицензиялық бағдарламалық жасақтаманы қолданады.	III
3)	Медициналық ұйымның басшылығы сертификатталған шифрлеу және көп факторлы сәйкестендіру технологияларын қолдана отырып, қызметкерлердің қауіпсіз желіге қол жетімділігін қамтамасыз етеді.	III
4)	Медициналық ұйым жұмыс станцияларының қауіпсіздігін бақылауды, желілік қосылыстарды қорғауды және перифериялық құрылғыларды пайдалануды бақылауды қамтитын қол жетімділікті басқару хаттамаларын (процестерін) іске асырады.	III
5)	Мұрағат үй-жайында құжаттаманы қауіпсіз сақтау қамтамасыз етіледі: өрттен және рұқсатсыз кіруден қорғау. Құжаттама тиесілі кезеңді немесе құрылымдық бөлімшені сәйкестендіру мүмкіндігімен стандартты түрде сақталады	III
13. Ақпаратты қорғау және киберқауіпсіздік. Басшылық пен қызметкерлер пациенттің денсаулығы туралы деректердің (медициналық деректер) құпиялылығын, қауіпсіздігін және тұтастығын қамтамасыз етеді.		
1)	Медициналық ұйымда медициналық ақпараттық жүйелерді пайдалану; ескірген медициналық және медициналық емес құжаттарды электрондық және қағаз форматта сақтау мерзімдері мен жою тәртібі; киберқауіпсіздікке байланысты оқиғаларды басқару тәртібі, дербес деректерді қорғауды және олардың құпиялылығын регламенттейтін ақпараттық қауіпсіздік саясаты әзірленген және бекітілен*	III
2)	Медициналық ұйымда қызметкерлердің лауазымдық міндеттері негізінде медициналық деректерге қол жетімділік деңгейлері анықталады. Іс жүзінде ақпараттық жүйелерге қол жетімділік қызметкердің жеке логині мен паролі және көп факторлы сәйкестендіру арқылы жүзеге асырылады.	II
3)	Медициналық ұйым медициналық ақпараттық жүйелерді (МАЖ) пайдаланады және МАЖ-ға кіру күні мен уақытын, қол жеткізген пайдаланушының атын және орындалған іс-әрекеттердің сипаттамасын білу мүмкіндігін қамтитын ақпараттық қауіпсіздік мониторингін жүргізеді.	II

	Ақпараттық қауіпсіздік мониторингі мыналарды қамтиды**: - ақпараттық қауіпсіздік бойынша оқиғалар журналын немесе тізімін жүргізу; - ақпараттық жүйелердің осалдығын жыл сайын тексеру, медициналық деректерге қол жетімділікті тексеру; оларды жою шараларын көрсете отырып, ақпараттық қауіпсіздік бойынша оқиғаларды талдау	
4)	Басшылық оқыту және ақпараттық науқандар арқылы киберқауіпсіздік туралы хабардарлықты және қызметкерлердің цифрлық сауаттылығын қолдайды. Ақпараттық қауіпсіздікті оқыту, мыналарды қамтиды: - киберқауіптерді тану және бұзу немесе фишинг әрекетіне күдік туралы IT қызметіне хабарлау; - медициналық ақпараттық жүйелермен жұмыс; - пациенттердің деректерін қорғау(қалай қамтамасыз ету керек және не рұқсат етілмейді). Оқыту жылына кемінде бір рет жүргізіледі**.	III
5)	Киберқауіпсіздік және цифрлық сауаттылық мәселелері бойынша оқу қорытындылары бойынша білімді тексерудің шекті деңгейінен өткендер үшін оқу туралы сертификат бере отырып, тестілеу немесе практикалық тапсырмалар түріндегі білімге тексеру жүргізіледі.	II
14. Медициналық құжаттама. Медициналық құжаттама уақытылы жасалады және медициналық көмектің сабақтастығына ықпал етеді		
1)	Стоматологиялық пациенттің медициналық карталарында Қазақстан Республикасының заңнамасына және ең үздік әлемдік тәжірибеге сәйкес бекітілген медициналық құжаттаманың нысандары қолданылады ***	II
2)	Медициналық картаның мазмұны медициналық ұйымның бекітілген рәсімдеріне сәйкес стандартталады*.	II
3)	Барлық емдеу-диагностикалық тағайындаулар, жүргізілген диагностикалық іс-шаралар, басқа да емдеу іс-шараларын қоса алғанда, дәрілік терапия стоматологиялық пациенттің медициналық картасында уақытылы құжатталады.	II
4)	Медициналық карталарда медициналық ұйымның басшылығымен бекітілген аббревиатуралар, тізімдегі символдар пайдаланылады. Медициналық карталардағы жазбалар түсінікті жазылған және рәсімделген *	III
5)	Әр жазбаның күні мен уақыты көрсетілген авторы (қолы және/немесе аты-жөні) болады.	II
15. Ішкі ережелер және ақпарат сапасы. Медициналық ұйымда ішкі жоспарларды, ережелер мен рәсімдерді әзірлеу, бекіту және қайта қарау жүйесі бар және талдау үшін жиналатын ақпараттың жоғары сапасы қамтамасыз етіледі		
1)	Ұйымда «ережелер туралы ереже»: клиникалық және әкімшілік жұмыстың негізгі бағыттарын реттейтін ішкі жоспарларды, ережелер мен рәсімдерді әзірлеу, бекіту және қайта қарау тәртібі бар *.	III
2)	Ұйымның басшылығы персонал үшін ұйымда қолданылатын рәсімдер туралы ақпараттың электрондық және (немесе) баспа форматындағы қолжетімділігін қамтамасыз етеді және қызметкерлер оларға оқытылған.	III
3)	Сыртқы ұйымдарға жарияланатын және ұсынылатын деректердің дұрыстығын тексеру (валидация) жүргізіледі **.	III
4)	Басшылыққа арналған токсандық есептерге қосу үшін индикаторлар бойынша деректерді жинау жауапты қызметкермен жүзеге асырылады (осы Стандарттың 6-тармағын және 2-тармағының 1) тармақшасын қарау) **	III
5)	Медициналық қызмет көрсетуге тартылған персонал индикаторлар бойынша деректерді жинауға қатысады.	III
16. Штаттық кесте медициналық ұйымның ұйымдық құрылымына, миссиясына және қызметіне сәйкес келеді		
1)	Медициналық ұйымның штаттық кестесі медициналық ұйымның басшылығымен Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес бекітіледі ***	III
2)	Штат кестесі жоспарлы негізде, құрылымдық бөлімшелер басшыларының өтінімдері негізінде, штат кестесінің халықтың өндірістік қажеттіліктері мен қажеттіліктеріне сәйкестігін талдау негізінде жасалады және қайта қаралады (персоналмен жасақталу деңгейін; еңбек өтілі мен құзыреттілігінің қажетті деңгейін айқындау; персонал лауазымдарының тиімді және ұтымды құрылымын есептеу) ***.	III

3)	Медициналық ұйымда Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес лауазымдарға қойылатын біліктілік талаптары бекітіледі және орындалады***.	III
4)	Резидентура тыңдаушыларын қоса алғанда, лауазымның әрбір түріне медициналық ұйымның басшылығы біліктілік талаптарын (білім, оқыту, дағдылар мен тәжірибе) және осы лауазымға тән функцияларды көрсете отырып лауазымдық нұсқаулықты бекітеді **. Штаттан тыс жұмысшылар, жұмыстарды қоса атқарушылар және кеңесшілер үшін жоғарыда аталған талаптар шартта жазылады* *. Штаттан тыс қызметкерлермен, жұмысты қоса атқарушылармен және кеңесшілермен келісім-шарт кадр бөлімінде сақталады.	III
5)	Құрылымдық бөлімшелер персоналының өзара іс-қимылын үйлестіру бөлімшелер туралы ережелермен (бөлімшелердің функциялары мен қызметтері, сондай-ақ персоналдың есептілігі көрсетілген), лауазымдық нұсқаулықтармен, ұйымның ережелері мен рәсімдерімен қамтамасыз етіледі.	III
17. Адам ресурстарын басқару. Медициналық ұйымда адам ресурстарын тиімді басқару процесі енгізілген		
1)	Персоналды іздеу, нұсқаулықтан өткізу (бағдарлау) және бейімдеу бойынша рәсімдер Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес әзірленеді және медициналық ұйыммен енгізіледі ***	III
2)	Медициналық ұйымның персоналы, сондай-ақ шарттық негізде тартылатын мамандар атқаратын лауазымына лауазымдық нұсқаулықтың біліктілік талаптарына сәйкес келеді. Персонал қол қойған лауазымдық нұсқаулықтың түпнұсқасы кадр қызметінде болады.	III
3)	Медициналық ұйымның басшылығы медициналық ұйымның персоналын үздіксіз оқыту үшін жағдай жасайды (Интернетке, компьютерлерге, тренингтік сыныпқа, кітапханаға қолжетімділік)	II
4)	Медициналық ұйымда қызметкерлерді оқыту қажеттіліктері анықталады. Персоналды оқыту жоспарланады, оқытудан және (немесе) біліктілігін арттырудан өтуді талап ететін қызметкерлердің тізімі жасалады және қажетті бюджет жоспарланады**.	II
5)	Басшылық медициналық ұйымның персоналын ынталандыру және корпоративтік рухын нығайту үшін рәсімдер әзірлейді және енгізеді (осы Стандарттың 11-тармағының 4) тармақшасын қарау)	II
18. Персоналдың жеке ісі. Медициналық ұйымның басшылығымен қызметкерлердің, сондай-ақ шарттық негізде тартылатын мамандардың жеке істерін қалыптастыру, сақтау және жаңарту процесі белгіленген		
1)	Медициналық ұйым қызметкерлерінің, сондай-ақ шарттық негізде тартылатын мамандардың жеке істері медициналық ұйымның бекітілген ішкі рәсімдеріне сәйкес сақталады. Жеке істердің мазмұны стандартталған.	III
2)	Қызметкерлердің, сондай-ақ шарт негізінде тартылатын мамандардың және резидентура тыңдаушыларының жеке істерінде маман сертификаты (дәрігерлер үшін), білімі, еңбек өтілі және біліктілігі туралы мәліметтер болады	I
3)	Әрбір медицина қызметкерінің, сондай-ақ шарттық негізде тартылатын мамандардың жеке ісі лауазымдық нұсқаулықтың талаптарына сәйкес қызметкердің білімі туралы құжаттардың түпнегіздермен түпнұсқалығын тексерудің дәлелін қамтиды.	I
4)	Әрбір медицина қызметкерінің, сондай-ақ шарттық негізде тартылатын мамандардың жеке ісі жылына бір рет жүргізілетін персоналдың қызметін бағалау нәтижелерін қамтиды.	II
5)	Әрбір медицина қызметкерінің, сондай-ақ шарттық негізде тартылатын мамандардың жеке ісінде медициналық ұйымның базасында және ұйымнан тыс оқытудан өту туралы жазбаларды қамтиды. Егер шарттық негізде тартылатын маман шарттың міндеттерін қашықтықтан орындайтын болса, онда медициналық ұйым базасында оқудан өткендігі туралы жазбалар міндетті емес (мысалы, «екінші оқылымға» шарт шеңберінде тартылатын «сәулелік диагностика» мамандығы бойынша дәрігер).	III
19. Нұсқау. Медициналық ұйым жұмысқа кіретін әрбір жаңа қызметкерге медициналық ұйымның әртүрлі бағыттары бойынша нұсқау жүргізеді және нұсқау үшін көрнекі материалдарды пайдаланады (презентация және (немесе) бейнематериалдар)		

АСҚН

1)	Медициналық ұйымда кадр қызметінің кіріспе нұсқамасын жүргізу үшін оқу материалдары (презентациялар және (немесе) бейнематериалдар) әзірленеді және пайдаланылады, ол ұйыммен танысуды, қудалауға тыйым салуды, Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес пациенттер туралы құпия ақпараттың сақталуына жауапкершілікті қамтиды ***.	II
2)	Барлық штаттық қызметкерлер, шарттық негізде тартылатын қызметкерлер, медициналық ұйымның базасында білім алатын тұлғалар медициналық ұйыммен, өздерінің лауазымдық міндеттерімен (қызметкерлер үшін) және қауіпсіздік пен инфекциялық бақылау жөніндегі негізгі талаптармен танысу үшін нұсқаудан және оқытудан өтеді**. Медициналық ұйым базасында білім алушыларға нұсқау беру жауапкершілігі олардың тәлімгерлеріне жүктелуі мүмкін.	III
3)	Персоналдың нұсқауы өртке қарсы қауіпсіздікті, төтенше жағдайларға дайындықты (жер сілкінісі және су тасқыны) және жұмыс орнындағы қауіпсіздік ережелерін сақтауды қамтиды.	I
4)	Медициналық ұйым персоналының нұсқауы инфекциялық бақылау мәселелерін қамтиды.	I
5)	Медициналық ұйым қызметкерлерінің нұсқауы қауіпсіздік мәдениетінің қағидаларымен танысуды қамтиды.	II
20. Клиникалық дағдыларды бағалау. Медициналық ұйымның басшылығы бекіткен рәсімдерге сәйкес шарттық негізде тартылатын клиникалық персоналды қоса алғанда, клиникалық персоналдың білімі мен клиникалық дағдыларына бағалау жүргізіледі		
1)	Жұмысқа орналасу барысында дәрігердің клиникалық дағдыларын бағалау жүргізіледі және оның клиникалық артықшылықтарының тізімі бекітіледі (осы медициналық ұйымдағы дәрігерге рұқсат етілген тәуекелі жоғары рәсімдердің және операциялардың тізбесі)	II
2)	Жұмысқа орналасу барысында орта медициналық персоналдың дағдыларын бағалау жүргізіледі және медициналық ұйымның рәсімдеріне сәйкес құзыреттердің дербес тізімдері бекітіледі.	II
3)	Жұмысқа орналасу барысында медициналық ұйымның параклиникалық құрылымдық бөлімшелері қызметкерлерінің дағдыларын бағалау жүргізіледі.	III
4)	Үш жылда бір рет немесе одан да жиі дәрігердің қызметін бағалауды, оның ағымдағы біліктілігін (білімін, білімін, дағдылары мен тәжірибесін), емдеу нәтижелерін, оның ішінде қолайсыз нәтижелерді және басқа да мәліметтерді ескере отырып, дәрігердің клиникалық артықшылықтарын қайта қарау рәсімі жүргізіледі *. Дәрігердің құзыреттілігі лауазымдық нұсқаулықтың талаптарына, жұмыс көрсеткіштеріне немесе біліктілік деңгейіне сәйкес келмеген жағдайда дәрігерді осы ұйымдағы клиникалық практикадан шеттету (артықшылықтарды шектеу) немесе оқуға немесе тәлімгерлікке жіберу немесе егер дәрігер шарттық негізде тартылған жағдайда шартты бұзу мәселесі қаралады.	II
5)	Медициналық ұйымда жыл сайын персоналдың, параклиникалық құрылымдық бөлімшелердің және орта медицина қызметкерлерінің құзыреттерін қайта бағалау жүргізіледі.	III
21. Персоналды жыл сайынғы бағалау. Жылына бір рет медициналық ұйымның басшылығы бекіткен рәсімдерге сәйкес медициналық персоналдың жұмысын бағалау жүргізіледі		
1)	Медицина қызметкерлерін бағалау рәсімдері және бағалау түрлері бекітіледі. Клиникалық мамандық дәрігерін (пациентке қарап-тексеру немесе емдеу жүргізетін дәрігер) бағалау түрі мына өлшемшарттарды қамтиды: 1) емдеу және күтім (дәрігер тиімді және орынды медициналық көмек көрсетеді); 2) клиникалық білім (дәрігердің қажетті білімі бар, осы білімін жұмыста қолданады); 3) біліктілікті арттыру (дәрігер өзінің клиникалық практикасын және білімін жетілдіреді); 4) жеке қасиеттері және тіл тапқыштығы (дәрігер пациенттермен және әріптестерімен кәсіби қарым-қатынасты сақтайды); 5) әдеп практикасы (дәрігер пациентке аяушылықпен, әр түрлі әлеуметтік және мәдени топтағы пациенттерге сыйластықпен қарайды); 6) жүйелі ойлау (дәрігер қажетті ресурстарды пайдалануда белсенділік және икемділік танытады); 7) ресурстарға үнемділікпен қарау (дәрігер дәрілік заттардың, зерттеуді, консультацияларды орынды және уақытылы тағайындайды)	III

2)	Дәрігерлерді, орта медицина персоналын және тізімі медициналық ұйыммен анықталған басқа да қызметкерлерді бағалау барысында белгіленген жұмыс көрсеткіштері (қызмет индикаторлары) ескеріледі және осы көрсеткіштер жеке істе қамтылады	II
3)	.Персоналды бағалаудың толтырылған нысаны жеке істе сақталады. Ұйымның персоналы оның жұмысын бағалау нәтижелерімен танысқан.	III
4)	Бағалау нәтижелерінің негізінде Қазақстан Республикасы заңнамасының талаптарына сәйкес персоналдың айналысатын лауазымына сәйкестігі анықталады ***	III
5)	Персоналдың кәсіби құзыреттілігін бағалау жүргізіледі (осы Стандарттың 20-тармағын қарау	II
22. Персоналдың денсаулығы және қауіпсіздігі. Медициналық ұйым персоналының денсаулығы және қауіпсіздігі Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес сақталады ***		
1)	Медициналық ұйым персоналға сәйкестендіру бейдждерін, қажетті қорғаныш киімдерін, жеке қорғаныш құралдарын және қорғаныш жабдықтарын (оның ішінде радиациялық қауіпсіздік бойынша құралдар) ұсынады (немесе қамтамасыз етеді.	I
2)	Медициналық ұйым Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес жұмыс орындарының қауіпсіздігін бағалауды жүргізеді және жарақаттанудың физикалық және техникалық себептерін болдырмайтын қауіпсіз еңбек жағдайларын қамтамасыз етеді (құлаудың алдын алу, тоқ соғудан қорғау жөніндегі іс-шаралар, тартылған персоналдың тірек-қимыл аппаратының саулығын сақтау мақсатында пациенттерді және ауыр заттарды тасымалдау жөніндегі алгоритмдер мен қажетті жабдықтарды пайдалану, шудың жоғары деңгейіне әсер ету). Ұйымның қағидалары, кадр қызметіне сұрау салу немесе басқа құжаттар өндірістік жарақаттану жағдайлары мен есептілікке жататын басқа да мәліметтер уәкілетті органдарға хабарланатынын және оқиғаларды талдау шеңберінде медициналық ұйымның басшылығы тексеретінін растайды (осы Стандарттың 5-тармағын қарау).	II
3)	Медициналық ұйым Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес жұмыс орындарының қауіпсіздігін бағалауды жүргізеді және жарақаттанудың биологиялық және химиялық себептерін болдырмау үшін қауіпсіз еңбек жағдайларын қамтамасыз етеді (вакцинация, инемен немесе стоматологиялық құралмен жұмыс кезіндегі қауіпсіздік алгоритмдері, токсикологиялық дәрілік заттардың әсерінен қорғау). Ұйымның қағидалары, кадр қызметіне сұрау салу немесе басқа құжаттар өндірістік жарақаттану жағдайлары мен есептілікке жататын басқа да мәліметтер уәкілетті органдарға хабарланатынын және инцидентті талдау шеңберінде медициналық ұйымның басшылығы тексеретінін растайды (осы Стандарттың 5-тармағын қарау).	II
4)	Медициналық ұйым жұмыс жүктемесіне мониторинг жүргізеді, күйзелісті азайту және оны бақылау үшін қызметкерлерді психологиялық қолдау мен эмоционалды бәсеңдетуге жағдай жасайды (күйзеліске қарсы бөлме, рухани тыныштық бөлмесі) *.	III
5)	Медициналық ұйым салауатты өмір салтын ұстану бойынша персонал үшін іс-шаралар жүргізеді және жағдай жасайды (спорттық іс-шаралар, шылым шегуге қарсы бағытталған іс-шаралар) **	II
23. Студенттердің, резидентура тыңдаушыларының, медициналық ұйым базасында оқитын басқа тұлғалардың білімін бақылау. Медициналық ұйым медициналық ұйымның басшылығы бекіткен рәсімдерге сәйкес студенттердің, резидентура тыңдаушыларының, медициналық ұйымның базасында оқитын басқа тұлғалардың оқуын бақылауды жүзеге асырады		
1)	Медициналық ұйымның басшылығы студенттерді, резидентура тыңдаушыларын, медициналық ұйымның базасында оқитын басқа тұлғаларды бақылау рәсімдерін әзірлейді және жүзеге асырады *. Студенттерді оқытуға жауапты қызметкерлер осы рәсімдермен танысқан* *.	III
2)	Кадр қызметінде медициналық ұйым базасында білім беру процесін бақылауды жүзеге асыруға жауапты тұлғалардың (кафедра қызметкерлері және (немесе) оқытушылар қатарынан) тізімі бар **.	III

3)	Медициналық ұйым базасында білім беру процесін бақылауды жүзеге асыруға жауапты тұлғалардың құпиялылықты сақтау, инфекциялық және өрт қауіпсіздігі мәселелері бойынша өткізілген нұсқаулыққа қол қойылған білім алушылардың тізімдері болады **.	III
4)	Медициналық ұйым базасында оқитын студенттер, резидентура тыңдаушылары, басқа да тұлғалар үшін нұсқаулықта сипатталған медициналық көмек көрсетудегі дербестік деңгейі (бақылаумен не істеу қажет, ал өз бетінше не істеу қажет) анықталады **.	II
5)	Студенттер, резидентура тыңдаушылары, медициналық ұйым базасында оқитын басқа да тұлғалар пациенттердің қауіпсіздігін қамтамасыз ету мақсатында (қол гигиенасы, жеке қорғану құралдарын қолдану) нұсқаудан өтеді**. Нұсқауды медициналық ұйымның базасында білім беру процесін бақылауды жүзеге асыруға жауапты тұлғалар немесе бейінді мамандар (ғимараттың қауіпсіздігіне жауапты эпидемиолог) жүргізеді.	II
24. Шарттар мониторингі. Медициналық ұйымның басшылары шарт бойынша көрсетілетін қызметтердің және тауарлардың сапасын бақылайды		
1)	Медициналық ұйымның басшысы медициналық ұйым үшін тауарларды немесе қызметтерді сатып алу туралы шарттардың жетекшілігі бойынша жауапты тұлғаларды анықтайды	II
2)	Медициналық ұйымда қызметтер мен тауарларды алушылар тарапынан шарттардың жетекшілігіне жауапты тұлғаға шарттар бойынша есеп беру тетігі іске асырылады (мысалы, зертхана меңгерушісі шарттардың жетекшілігіне жауапты тұлғаға алынған реагенттер бойынша шарттың орындалуын бағалайды)*.	I
3)	Әрбір шартқа немесе шартқа техникалық ерекшелікке талаптар мен индикаторлар жазылады, ал пациенттің қауіпсіздігіне әсер ететін шарттар үшін индикаторлар қосымша айқындалады олардың негізінде медициналық ұйым шарттың мониторингін және өнім берушінің қызметтерінің немесе тауарларының сапасын бағалауды жүргізеді және басқару шешімдері қабылданады* *.	II
4)	Диагностикалық, емдік, консультациялық және басқа да қызметтерді қоса алғанда, пациенттерге медициналық қызметтер көрсетуге тартылған сыртқы ұйымдармен немесе тұлғалармен жасалған барлық шарттардың тізбесі жүргізіледі.	III
5)	Көрсетілетін қызметтерді үйлестіру және бағалау үшін диагностикалық, емдік, консультациялық және басқа қызметтерді қоса алғанда, пациенттерге медициналық қызмет көрсетуге тартылған сыртқы ұйымдармен немесе тұлғалармен есеп беру және байланыс тетігі бар.	III

3 Тарау. Қауіпсіздікті бағалау

1 Параграф. Инфекциялық бағалау

№	Стандарт және өлшенетін өлшемшарттар	Ранг
25. Инфекциялық бақылау шаралары. Инфекциялық бақылау жөніндегі іс шараларды медициналық ұйымның жауапты персоналы айқындайды және орындайды		
1)	Медициналық ұйымның немесе инфекциялық бақылау жөніндегі комиссияның басшылығы медициналық көмек көрсетуге байланысты инфекциялардың (бұдан әрі – МКБИ) тәуекелдерін төмендету мақсатында қол жеткізуге болатын және өлшенетін іс-шараларды қамтитын инфекциялық бақылау жөніндегі жұмыс жоспарын (іс-шаралар жоспарын) әзірлейді және бекітеді **.	I
2)	Инфекциялық бақылау жөніндегі жұмыс жоспары (іс-шаралар жоспары) орындалады, жоспардың көрсеткіштері бақыланады және қажет болған жағдайда жақсарту бойынша шаралар қабылданады.	I
3)	Медициналық ұйым эпидемиологиялық тәуекелдерді және (немесе) МКБИ тәуекелдерін, сондай-ақ оларды жою жөніндегі іс-шаралар жоспарын айқындайды.	II
4)	Медициналық ұйымның құрылымында инфекциялық және эпидемиологиялық қауіпсіздікке байланысты іс-шараларға жетекшілік етуге, сондай-ақ инфекциялық бақылау нәтижелерін денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті органға уақытылы ұсынуға жауапты білікті тұлға айқындалды.	II

5)	Инфекциялық бақылау мамандары (инфекциялық бақылау комиссиясының мүшелері) тоқсанына кемінде бір рет ұйымның персоналы мен басшылығын инфекциялық бақылау индикаторларының мониторинг нәтижелері туралы және инфекциялық бақылау мәселелері бойынша медициналық ұйымның қызметін жақсарту үшін ұсынымдар туралы хабардар етеді.	III
26. Инфекциялық бақылау бағдарламасы. Медициналық ұйымда инфекциялық бақылау бағдарламасы әзірленеді және енгізіледі		
1)	Инфекциялық бақылау бойынша бағдарлама Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес әзірленеді және енгізіледі ***	I
2)	Инфекциялық бақылау бойынша бағдарламаны әзірлеу барысында ДДҰ немесе дәлелді медицинаға негізделген басқа да кәсіптік танылған көздердің ұсынымдары ескеріледі *	II
3)	Анықталған инфекциялық аурулар туралы ақпарат Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның аумақтық департаменттеріне уақытылы ұсынылады***.	III
4)	Басшылық инфекциялық бақылау бағдарламасын тиімді орындау үшін қажетті ресурстарды ұсынады (11-тармақтың 3) тармақшасын, 27-тармақтың 2) тармақшасын, 56-тармақтың 3) тармақшасын қарау).	I
5)	Персоналдың денсаулығын сақтау бойынша алдын алу шаралары, соның ішінде вакцинация, инемен немесе стоматологиялық құралмен шаншудың алдын алу, инемен немесе стоматологиялық құралмен шаншылған жағдайда немесе пациенттің дене сұйықтықтарының медицина қызметкерінің шырышты қабығына немесе қанайналым жүйесіне түсуі жағдайында жедел іс-шаралар әзірленіп, орындалады.	II
27. Инфекциялық бақылау бойынша рәсімдер. Инфекциялық бақылау рәсімдері персонал мен пациенттерді қорғауды қамтамасыз етеді		
1)	Медициналық ұйымда стандартты сақтық шаралары, жеке қорғаныс құралдарын, оның ішінде стоматологиялық қорғаныс экрандары мен қолғаптарды қолдану бойынша алгоритмдер енгізіледі*. Жеке қорғаныс құралдарын персонал медициналық ұйымда бекітілген рәсімдерге сәйкес пайдаланады.	II
2)	Медициналық ұйымда жеке қорғану құралдарының және белгіленген антисептиктердің жеткілікті саны бар (осы стандарттың 26-тармағының 4) тармақшасын қарау).	II
3)	Қол өңдеу орындарында ағынды суы бар қол жуғыштар, сабын, антисептиктер, сулықтар немесе қолды кептіруге арналған басқа да құралдар орнатылған (осы Стандарттың 30- тармағының 5) тармақшасын қарау)	I
4)	Бір реттік қолданылатын медициналық бұйымдар ұйымда бекітілген рәсімдерге және Қазақстан Республикасы заңнамасының талаптарына сәйкес пайдаланылғаннан кейін жойылады (қайта пайдалануға жол берілмейді)*.	III
5)	Жөндеу-құрылыс жұмыстары нәтижесінде пациенттер мен персоналдың инфекция жұқтыруының алдын алу үшін жөндеу жұмыстарын жүзеге асыру медициналық ұйымдағы инфекциялық бақылауға жауапты тұлғамен жазбаша келісіледі **.	III
28. Дезинфекциялау, стерильдеу және кір жуатын орын. Тазалау (жинау), дезинфекциялау, стерильдеу және киім-кешекті қолдану инфекция қаупін азайта отырып Қазақстан Республикасының заңнамалық актілеріне сәйкес жүргізіледі ***		
1)	Медициналық ұйымның персоналы Қазақстан Республикасындағы халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы үй-жайлар мен беттерді тазарту (жинау), дезинфекциялау жөніндегі заңнаманың талаптарын сақтайды.	I
2)	Дезинфекциялық ерітінділері бар ыдыстар атауы, концентрациясы және сұйылту күні көрсетіле отырып таңбаланады. Сұйылту күні дезинфекциялау құралының нұсқаулығында көрсетілген ұсынымдардан аспайды	I
3)	Медициналық мақсаттағы бұйымдарды дезинфекциялау және стерильдеу «лас» аймақтан «таза» аймаққа процесінің ағындылығын сақтай отырып, инфекция қаупін азайтумен жүргізіледі. Персонал стерильдеу жүргізудің кезеңділігін сақтайды (жинау, тасымалдау, есептеу, төсеу, стерильдеу алды тазалау, стерильдеу, қаптау, таңбалау, жеткізу, құралдарды сақтау) *	I
4)	Стерильдеу алдындағы тазарту және стерильдеу сапасы химиялық және (немесе) биологиялық индикаторларды қолдана отырып мониторингтеледі**. Стерильді және стерильді емес бикстерді анықтау процесі енгізілген.	I
5)	Таза және лас киім-кешекпен жұмыс істеу, киім-кешекті жуу кросс-инфекциялар тәуекелін азайта отырып жүргізіледі. Персонал киім-кешекпен жұмыс істеу бойынша рәсімдерді сақтайды (жинау, тасымалдау, беру, жуу, үтіктеу, есептеу, тарату, қолдану) ***	I

29. Медициналық қалдықтар. Ұйым қалдықтарды қауіпсіз басқаруды қамтамасыз етеді		
1)	Медициналық ұйымда медициналық мақсаттағы өткір, үшкір және кескіш бұйымдармен жұмыс істеуді қоса алғанда медициналық қалдықтармен қауіпсіз жұмыс істеу бойынша рәсімді, медициналық ұйымда пайда болатын барлық қалдықтарды топтау, сондай-ақ оларды уақытылы кәдеге жарату енгізіледі *	I
2)	Қауіпті медициналық қалдықтарды орталықтандырып жинауға арналған үй-жай Қазақстан Республикасының заңнама талаптарына сәйкес келеді (ауысымына 50 ден астам адам келетін медициналық ұйымдар үшін- механикалық іске қосылатын желдеткіш, температуралық режим сақталады, ыстық және суық су келтірілген раковина орнатылған, ауаны зарарсыздандыруға арналған қондырғы, қолға арналған антисептик, медициналық қалдықтармен пакеттерді жинау үшін жабық қоқыс контейнерлері, сөрелер, таразылар пайдаланылады)	II
3)	Медициналық қалдықтар Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес қауіпсіз жолмен кәдеге жаратылады***. Медициналық қалдықтар және өткір, үшкір және кескіш заттар арнайы су өткізбейтін және тесілмейтін бір реттік ыдыстарда жойылады, олар көлемнің төрттен үш бөлігінен аспайтын мөлшерде толтырылады және толтырылғаннан кейін қақпақпен тығыз жабылады	I
4)	Температуралық режимді және уақытша сақтау мерзімін сақтай отырып, қалдықтардың жіктелуіне сәйкес қан қалдықтары және компоненттері, биологиялық сұйықтықтар, ағза тіндері жұқтыру тәуекелін азайту арқылы таңбаланған контейнерлерде сақталады және жойылады. Сұйық биологиялық медициналық қалдықтар химиялық әдістермен (дезинфекция) залалсыздандырылғаннан кейін су бұру жүйесіне ағызылады	I
5)	Медицина персоналды Қазақстан Республикасының заңнамасымен регламенттелген қауіпті медициналық қалдықтармен жұмыс істеу бойынша рәсімдерге оқытудан өтеді және оларды практикада сақтайды **	II
30. Сүзгі. Тіркелген халыққа медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін медициналық ұйымда (бұдан әрі – МСАК) Қазақстан Республикасының санитариялық-эпидемиологиялық талаптары саласындағы заңнамаға сәйкес жұқпалы аурулардың белгілері бар және жоқ пациенттер ағынын бөлу үшін жағдайлар қамтамасыз етілген ***		
1)	МСАК көрсетететін медициналық ұйымдарда «лас» және «таза» аймақтар ұйымдастырылған, онда сүзгі «лас аймаққа», ал ұйымның барлық қалған үй-жайлары «таза» аймаққа жатады. Сүзгі жеке кіру және (немесе) шығу есігімен жабдықталған.	I
2)	МСАК ұйымдарында 2 ағымға бөлінген санөткізгіштерді пайдалану қамтамасыз етіледі: 1) ауысымға кіру кезінде «таза» аймақтан «лас» аймаққа 2) ауысымнан шығу кезінде «лас» аймақтан «таза» аймаққа. «таза» аймақ киім шешетін бөлмені, жеке қорғаныс құралдарын беру бөлмесін қамтиды «лас» аймаққа ЖҚҚ шешу бөлмесі, ЖҚҚ жинау бөлмесі кіреді	I
3)	Санөткізгіштер қажетті мөлшерде ЖҚҚ, қолды жууға және өңдеуге арналған құралдармен: антисептиктермен, сабынмен, қолды кептіруге арналған құралдармен, педальмен жабдықталған қоқыс жәшігімен, ыстық және суық сумен қамтамасыз етілген қолжуғышпен, сондай-ақ қызметкерлер мен келушілерді инфекцияны жұқтыру қаупі туралы хабардар ететін көрнекі белгімен жабдықталған	I
4)	Медициналық ұйымның персоналды инфекциялық аурулар белгілері бар пациенттерді оқшаулау жөніндегі рәсімдер мен алгоритмдер туралы хабардар	I
5)	Әр пациенттен кейін «лас» аймақтың жұмыс беттері мен үй-жайларын қорытынды дезинфекциялау жүргізіледі. Бір рет қолданылатын жанасқан ЖҚҚ зарарсыздандырылмайды жойылуға жатады. Үй-жайларды кейіннен кемінде 15 минут желдете отырып, кварцтау жүргізіледі.	I
31. Инфекциялық бақылау мәселелері бойынша қызметкерлерді оқыту. Медициналық ұйым персоналды инфекциялық бақылауға үздіксіз оқытуды жүргізеді		
1)	Жыл сайын медициналық ұйымның барлық қызметкерлері инфекциялық бақылау мәселелері бойынша оқытудан өтеді **.	III

АСҚН

2)	Эпидемиологиялық және инфекциялық қауіпсіздікті тікелей қамтамасыз етуге жауапты жаңа қызметкерді қабылдау кезінде (зарарсыздандыру, кір жуу, медициналық қалдықтарды кәдеге жарату процестеріне жауапты персонал, хирургиялық блоктың персоналы және режимдік кабинеттердің мейірбикелері) қызметкер инфекциялық бақылау мәселелері бойынша нұсқаудан өтеді және оның кәсіби жауапкершілік аймағына кіретін инфекциялық бақылау мәселелерінде хабардарлығын көрсетеді.	II
3)	Инфекциялық бақылау бойынша қосымша оқыту студенттерге (оның ішінде стоматологиялық мамандықтар), резидентура тындаушыларына, медициналық ұйым базасында оқитын басқа тұлғаларға және аутсорсингтік компаниялардың қызметкерлеріне жүргізіледі.	II
4)	Пациенттер мен олардың заңды өкілдеріне қолдың дұрыс гигиенасы, жөтелу және түшкіру әдебі және (немесе) инфекциялық бақылаудың басқа мәселелері туралы ақпарат қол жетімді болады (мысалы, күту залдарындағы теледидар экрандарында, буклеттерде, стендтерде және басқа байланыс құралдарында).	III
5)	Инфекциялық бақылау мониторингі индикаторларының көрсеткіштері нашарлаған жағдайда медициналық ұйымда инфекциялық бақылау мәселелері бойынша медициналық персоналды қосымша оқыту жүргізіледі.	II
32. Эпидемия мен пандемияға дайындық. МСАК көрсететін медициналық ұйым эпидемия немесе пандемия кезінде халықты және персоналды қорғаудың базалық қағидаттарын қамтамасыз ететін қажетті әрекеттерге дайын болады		
1)	Медициналық ұйымның эпидемиялар немесе пандемиялар туындаған жағдайда қайта бейіндеу жоспары Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес болады (лас және таза аймаққа жататын аймақтарды айқындау, санитариялық өткізгіш аймақтарын айқындау, ЖҚҚ шешу және кию аймақтарын айқындау және басқа да іс-шаралар)	II
2)	Медициналық ұйымның ресми сайты арқылы қызмет көрсетілетін халық пен қызметкерлер медициналық персоналдың пациенттерге қашықтықтан кеңес беру қосымшаларын немесе бағдарламаларын пайдалану туралы ақпаратқа қол жеткізе алады (мысалы, бейне байланыс бағдарламалары). Өлшемшарт эпидемия мен пандемия кезіндегі карантиндік жағдайларда бағаланады.	II
3)	Жауапты тұлға (тұлғалар) персоналдың стандартты сақтық шараларын сақтауына және ЖҚҚ дұрыс қолдануына мониторинг жүргізеді және қажет болған жағдайда оларды жетілдіру тетіктерін қамтамасыз етеді. Медициналық ұйымға кіретін барлық адамдарға температуралық мониторинг жүргізіледі.	II
4)	Медициналық ұйым пациенттерге қол гигиенасын, тыныс алу әдебін, физикалық қашықтықты сақтауды және басқа да стандартты сақтық шараларын үйретеді. Медициналық ұйым пациенттер мен тіркелген халықты эпидемиологиялық індеттің себебі болып табылатын жұқпалы аурудың белгілері туралы хабардар етеді. Өлшемшарт эпидемия мен пандемия кезіндегі карантиндік жағдайларда бағаланады.	II
5)	Медициналық ұйымда ЖҚҚ және қол гигиенасына арналған құралдардың қажетті қоры немесе карантиндік жағдайлар туындаған жағдайда оларды дереу жеткізуге шарт бар.	II

2 Параграф. Ғимараттың қауіпсіздігі

№	Стандарт және өлшенетін өлшемшарттар	Ранг
33. Ғимараттардың қауіпсіздігі жөніндегі комиссия. Медициналық ұйымда ғимараттардың қауіпсіздігі жөніндегі бағдарлама енгізіледі, оның орындалуын ғимараттардың қауіпсіздігі жөніндегі Комиссия үйлестіреді		
1)	Ғимараттар мен қоршаған ортаның қауіпсіздігін сақтау жөніндегі іс-қимылдарды үйлестіретін ғимараттардың қауіпсіздігі жөніндегі Комиссия құрылады және жұмыс істейді **.	II

2)	Ғимараттардың қауіпсіздігі жөніндегі бағдарлама Қазақстан Республикасының заңнамасы негізінде әзірленіп, жүзеге асырылады және мынадай бөлімдерді қамтиды: қоршаған ортаның қауіпсіздігі және күзет жүйесі, өрт қауіпсіздігі, төтенше жағдайларға дайындық, қауіпті материалдармен жұмыс істеу, медициналық жабдықтар, коммуналдық (инженерлік) жүйелер *.	III
3)	Медициналық ұйымның басшылығы ғимараттардың қауіпсіздігін жақсарту бойынша негізгі іс-шараларды белгілеп, орындайды. Ғимараттардың қауіпсіздігін жақсарту жөніндегі негізгі іс-шаралар жыл сайын қайта қаралады және айқындалады.	I
4)	Медициналық ұйымның басшысы тоқсан сайын ғимараттың қауіпсіздігі жөніндегі комиссиядан немесе ғимараттар мен қоршаған орта қауіпсіздігінің жүргізілген негізгі жұмыстары мен бар мәселелерді (тәуекелдерді) көрсете отырып, ғимараттың қауіпсіздігі жөніндегі бағдарламаны орындауға жауапты тұлғадан есеп алады **.	II
5)	Медициналық ұйымның басшысы жарты жылда бір рет жүргізілген негізгі жұмыстарды және ғимараттар мен қоршаған орта қауіпсіздігінің бар мәселелерді (тәуекелдерді) көрсете отырып, ғимараттардың қауіпсіздігі жөніндегі бағдарламаның орындалуы туралы есепті медициналық ұйымның басқару органына жібереді. Егер Басқару органы мен медициналық ұйымның басшысы бір тұлға болған жағдайда, есепті ғимараттың қауіпсіздігі жөніндегі Комиссия немесе ғимараттардың қауіпсіздігі жөніндегі бағдарламаның орындалуына жауапты тұлға ұсынады* *.	III
34. Ғимарат пен қоршаған ортаның қауіпсіздігі. Медициналық ұйымның ғимараты (ғимараттары) мен аумағы медициналық қызметтің қауіпсіз көрсетілуін қамтамасыз етеді.		
1)	Медициналық ұйым ғимаратының және аумағының жағдайы Қазақстан Республикасының заңнамасы талаптарына сәйкес келеді ***	I
2)	Ғимараттардың қауіпсіздігі жөніндегі Комиссия тоқсан сайын ғимараттар мен үй-жайларды, инженерлік жүйелер мен жабдықтарды инспекциялайды (тестілейді), кейіннен жүргізілген инспекция нәтижелері мен ақаулар актілерін құжаттайды. Инспекциялардың нәтижелері бойынша түзету жұмыстары жүргізіледі.	III
3)	Инженерлік жүйелер, медициналық жабдықтар және басқа да инфрақұрылымның өзге де заттары үнемі жаңартылып отырады және қауіпсіз деңгейде сақталады.	III
4)	Кем дегенде соңғы 5 жыл ішінде ғимараттар мен үй-жайлар ағымдағы және жоспарлы жөндеуден өтеді немесе игеру мерзімін көрсете отырып, жобалау-сметалық құжаттаманы жасаумен, ағымдағы және жоспарлы жөндеуден өту үшін бюджет жоспарланады	I
5)	Қызметкерлер, пациенттер, келушілер немесе қоршаған орта үшін елеулі тәуекелдер анықталған жағдайда медициналық ұйымның басшылығы қаражат бөлу, мүдделі тараптарды хабардар ету және анықталған тәуекелдерді азайту жөнінде тиісті шаралар жасайды.	I
35. Пациенттің қоршаған ортасы. Пациенттің қоршаған ортасы оның болуы және медициналық көмек алуы үшін қауіпсіз және ыңғайлы болып табылады		
1)	Медициналық ұйымның едендері мен еден жабындары қауіпсіз және пациенттерді, келушілерді, қызметкерлерді құлау және құлаудан жарақаттар алу қаупіне ұшыратпайды.	II
2)	Дәліздердегі, үй-жайлардағы, палаталардағы, қарап-тексеру және ем-шаралар кабинеттеріндегі қабырғалар мен төбелерде эпидемиологиялық қауіптерді, сондай-ақ ғимарат құрылымдарының тозуына байланысты қауіптерді білдіретін зақымданулар, дақтар мен ақаулар болмайды.	II
3)	Медициналық киімдер мен стоматологиялық креслолар мен дивандар пациенттердің жайлы және қауіпсіз болуына ықпал етеді.	II
4)	Дәретханалар мен санитарлық тораптар пациент пен келушілердің жеке болуын қамтамасыз етеді, гигиена құралдарымен жабдықталған	II
5)	Пациенттерді күту аймақтарында (жалпы дәліздерде) ауысымына 150-ден астам адам келетін ұйымдарда микроклимат пен ауаның оңтайлы жағдайларын қамтамасыз ететін механикалық іске қосылатын ағынды-сорғылы желдеткіш болады.	II
36. Күзет және қорғау. Медициналық ұйымның ғимараты мен аумағын күзету және қорғау қамтамасыз етіледі (осы Стандарттың 33-тармағының 2) тармақшасын қарау) *		

АСҚН

1)	Медициналық персонал, штаттан тыс және келісімшарттық қызметкерлер, резидентура тыңдаушылары медициналық ұйымның рәсімдеріне сәйкес сәйкестендіріледі (осы Стандарттың 22-тармағының 1) тармақшасын қарау).	III
2)	Күзет қызметінің қызметкерлері күзет және қорғау мақсатында ғимарат пен аумаққа мониторинг (бейнебақылау және ғимаратты қарап айналып өтуді) жүргізеді.	II
3)	Ғимаратқа шолу жасау (инспекция) және күзет қызметінің қызметкерлері арасында кезекшілікті тапсыру құжаттандырылады **	III
4)	Бөгде тұлғалардың күндізгі стационарға және режимдік бөлімшелерге (инженерлік, коммуналдық жүйелерді бақылау аймағы) кіруі шектеледі	I
5)	Күзет қызметінің қызметкерлері және персонал қауіпсіздік бойынша кодтар кезінде стандартты әрекет етуге оқытудан өтеді (пациентті (пациенттерді), персоналды және келушілерді құтқаруды қамтамасыз ететін персоналдың үйлесімді іс-шаралары) **. Көк код – жүрек, тыныс алу тоқтағанда, құрысу синдромы кезінде уақытылы реанимациялық көмек көрсету жөніндегі персоналдың іс-шаралары Қызыл Код - персоналдың өртті хабарлау және сөндіру, пациенттер мен келушілерді эвакуациялау жөніндегі іс-шаралары Қызғылт Код-медициналық ұйымның ғимаратында және аумағында жоғалған балалар мен қарттарды жедел іздеу Ақ код - персонал мен пациенттерді агрессивті пациенттерден жедел қорғау Қара Код-террористік шабуыл қаупі кезінде әрекет ету шаралары.	I
37. Өрт қауіпсіздігі. Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес ғимаратта (тарда) өрт қатерін және түтіндеуді төмендету жөніндегі бағдарлама енгізіледі(осы Стандарттың 33-тармағының 2) тармақшасын қарау) ***		
1)	Өртті ерте анықтау жүйесі жұмыс жасайды; тұрақты инспекцияланатын және қажет болған жағдайда жаңартылатын өрт сөндіруге арналған жарамды құралдар жаңартылады	I
2)	Өртті ерте анықтауға және сөндіруге арналған құралдарды және жүйелерді инспекциялау, тестілеу және сақтау құжаттандырылады **	I
3)	Өрт кезінде және басқа да төтенше жағдайларда ғимараттан қауіпсіз көшіру үшін көшіру жолдары еркін күйде сақталады. Эвакуация картасында эвакуациялау схемасы орналасқан белгіні көрсете отырып, ақпараттық және көрсеткіштік белгілер (шығу, өрт құралдары мен гидранттарды орналастыру көрсеткіштері), эвакуациялау схемалары (эвакуациялау схемасына жауапты персоналмен «сіз осындасыз» белгісін жапсыруы немесе белгілеуі мүмкін) бар.	II
4)	Персонал өрт сөндіргіштерді пайдалану, эвакуациялау, өрт сөндіргіштерді пайдалану ережелері, оттегіні өшіру ережелерін қоса алғанда, өрт кезіндегі іс-қимыл алгоритмдерін сақтау бойынша білімдерін көрсетеді.	I
5)	Медициналық ұйымның персоналымен жыл сайын өрт және түтіндену кезіндегі іс-қимылдар бойынша практикалық оқу-жаттығулар өткізіледі (осы Стандарттың 38-тармағының 2) және 3) тармақшаларын қарау) **.	II
38. Өрт қауіпсіздігі және ғимарат қауіпсіздігі қызметкерлерін оқыту. Ғимараттар мен қоршаған ортаның қауіпсіздігін сақтау үшін медициналық ұйымның қызметкерлерін оқыту жүргізіледі		
1)	Жауапты тұлғалар (мысалы, аға мейірбикелер мен АҚ және ТЖ инженер) отқа қауіпті материалдардың орналасуын біледі, сондай-ақ оларды сақтау және өңдеу бойынша ережелер мен талаптарға оқытылған.	II
2)	Персонал өрт туралы хабарлауды, өрт сөндіргішті қолдану дағдыларын қоса алғанда, өрт кезінде орындалатын іс-әрекеттерге оқытылады және көрсетеді (жұмысқа орналасу кезінде және одан әрі жарты жылда кемінде бір рет).	I
3)	Персонал пациенттерді эвакуациялау мәселелері бойынша білім алады және көрсетеді, өрт шығу жолдарының орналасуы, өрт сөндіргіштерді пайдалану ережелері, оттегіні өшіру ережелері туралы хабардар етілген.	II
4)	Шарттық негізде тартылатын мамандар, резиденттер, интерндер және үй-жайларды жалға алушылар өрт қауіпсіздігі ережелері (өрт шығу жолдарының, өрт сөндіргіштердің орналасуы, пациенттерді көшіру) туралы оқытылады және өрт қауіпсіздігі ережелері туралы біледі және өрт сөндіргіштерді пайдалану дағдыларын көрсетеді	III

5)	Өрт қауіпсіздігі бойынша нұсқау өткізу және жоспарлы оқыту үшін жауапты тұлға анықталған. Нұсқаулық және жоспарлы оқыту орындалады **	I
39. Басқа да төтенше жағдайлар. Басқа да төтенше жағдайлардың қауіпін төмендету бойынша бағдарлама енгізіледі (осы Стандарттың 33 - тармағының 2) тармақшасын қарау) *		
1)	Медициналық ұйым медициналық ұйымда немесе оның аумағында болуы мүмкін төтенше жағдайдың елеулі түрін (түрлерін) айқындайды және осы төтенше жағдайға дайындық дәрежесін айқындайды **	III
2)	Төтенше жағдайлар бойынша қауіптерді бағалаудың негізінде жылдық іс-шаралар жоспарында жұмыстың басым бағыттары анықталады **	III
3)	Ұйымның төтенше жағдайларға дайындығын жетілдіру үшін ресурстар бөлінеді	III
4)	Медициналық ұйымда ұйымның аумағында немесе оның аймағында (мысалы, жер сілкінісі, су тасқыны, дауыл, өрт, медициналық ұйым қызмет көрсететін кәсіпорындағы өндірістік жарақат) болуы мүмкін төтенше жағдай (жағдайлар) кезіндегі іс-қимыл жоспары әзірленеді. Төтенше жағдайлар кезіндегі іс-қимыл жоспарына сәйкес жылына бір рет персоналдың практикалық жаттығуы өткізіледі	III
5)	Төтенше жағдайлар кезінде әрекеттер бойынша практикалық оқыту аяқталысымен сәйкессіздікті жақсарту және үздіксіз жақсартуды қолдау жөніндегі іс-шаралар жоспарын әзірлей отырып, жүргізілген оқу нәтижелеріне талдау жүргізіледі **	III
40. Қауіпті материалдар және биологиялық емес қалдықтар. Қауіпті материалдармен және биологиялық қалдықтармен жұмыс істеу Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес жүзеге асырылады және адамдардың және қоршаған ортаның қауіпсіздігі қамтамасыз етіледі ***		
1)	Медициналық ұйымда қауіпті материалдар химиялық заттардың тізімі атауы (құрамы), сақтық шаралары, сақтау орындары және ескерту белгілермен анықталады (радиоактивті диагностикалық материалдар, радиотерапиялық материалдар, жанғыш газдар, бір сыйымдылықтағы үлкен көлемдегі спирт)	II
2)	Қауіпті материалдарды таңбалауды, сақтауды, тасымалдау, кәдеге жарату кезінде қорғаныш құралдарын киюді қоса алғанда қауіпті материалдармен жұмыс істеуге қойылатын талаптар жазылады*	II
3)	Барлық қауіпті материалдар мен қалдықтар атауы (құрамы), жарамдылық мерзімі (егер қолданылса) және қолданылатын ескерту белгілері көрсетіле отырып таңбаланады.	II
4)	Қауіпті материалдарды қолдану орындарында ақпараттық белгілер түріндегі сақтық шаралары туралы қолжетімді ақпарат бар.	II
5)	Қауіпті материалдармен және медициналық емес қалдықтармен жұмыс істеу жөніндегі белгіленген талаптарды сақтайтын, қауіпті материалдармен және медициналық емес қалдықтармен жұмыс істеу жөніндегі жауапты тұлғалар анықталған. Қауіпті материалдармен және химиялық заттармен жұмыс істейтін персонал жауапты тұлғалармен осы материалдар мен қалдықтар төгілгенде немесе төгілген жағдайда оларды жинау жөніндегі алгоритмдерге үйретеді* *. (Бұл өлшемшарт пен стандарт зәр, қан және т. б. сияқты биологиялық сұйықтықтардың төгілуіне жатпайды.)	I
41. Медициналық жабдық және құралдар. Медициналық жабдықтың және құралдардың қауіпсіздігі тестілеу, калибрлеу, жұмыс жағдайында сақтау және персоналды оқыту жолымен қамтамасыз етіледі		
1)	Ұйымда қолданылатын тоңазытқыш жабдықтары (тоңазытқыш камераларын қоса алғанда) температураны бақылау құралдарымен (электронды аспаптармен немесе термометрлермен) жабдықталған.	II
2)	Температураны бақылау құралдары калибрленеді және жылына кемінде бір рет тексеріледі.	II
3)	Медициналық жабдықтарға профилактикалық қызмет көрсету, тестілеу, калибрлеу, сақтау, жөндеу жүргізіледі және құжаттандырылады: жабдықтың әрбір бірлігіне профилактикалық қызмет көрсету өндірушінің нұсқаулығына сәйкес жиілікпен немесе одан жиі жүргізіледі; профилактикалық қызмет көрсету жиілігі медициналық ұйымның құжаттарында жазылған; жабдықтарға профилактикалық қызмет көрсету кестесі жыл сайын құрылады барлық медициналық жабдықтардың тізімі анықталады және есепке алынады **. **	I

4)	Медициналық ұйымның басшылығы бекіткен рәсімдерге сәйкес персоналды медициналық жабдықпен қауіпсіз жұмыс істеуге оқыту жүргізіледі. Оқытудан өткен және құзыретті персонал ғана медициналық жабдықтармен жұмысқа жіберіледі**	III
5)	Жабдықтың істен шығуы немесе жарамсыздығы туралы басшылыққа хабарлаудың нақты алгоритмі белгіленген және персоналмен орындалады. Медициналық жабдықтарды жөндеуге келісім-шарттар жасалған **	II
42. Коммуналдық жүйелер. Медициналық ұйымдағы коммуналдық және инженерлік жүйелер Қазақстан Республикасы заңнамасының талаптарына сәйкес келеді ***		
1)	Медициналық ұйымның басшылығы коммуналдық және инженерлік жүйелерді инспекциялау, тестілеу және сақтау тәртібі мен жиілігін анықтайды *	III
2)	Коммуналдық және инженерлік жүйелердің жұмысы бақыланады, сақталады және жетілдіріледі**	III
3)	Жылына бір рет жабық үй-жайларда температуралық параметрлерді (кондиционерлерді) құруға және автоматты ұстауға жауапты құрылғылар жүйесін толық тазарту жүргізіледі.	I
4)	Медициналық ұйымның жауапты тұлғалары жүргізілген мониторинг нәтижелерін құжаттай отырып, желдету жүйесіне мониторинг жүргізеді. Желдету жүйесінде шаңнан ластануды болдырмау үшін сүзгілер орнатылады, олар өндірушінің ұсынысы бойынша жиілікпен ауыстырылады. Егер желдету жүйесінде сүзгілерді пайдалану қолданылмаса, онда қорғаныс торлары мерзімді негізде орнатылып, тексеріледі. Кондиционерлердің сүзгілері өндірушінің ұсыныстарына сәйкес өзгереді немесе тазартылады.	II
5)	Жалпы қамтамасыз етуді реттейтін және оған жауап беретін коммуналдық және инженерлік жүйелер төтенше жағдайлар кезінде ішінара немесе толық өшіруді жеңілдету үшін таңбаланады.	III
43. Су және электр жүйесі. Медициналық ұйымда судың және электрдің балама көздерін қоса алғанда оларға үдіксіз қолжетімділік қамтамасыз етіледі		
1)	Медициналық ұйымда ауыз су және электр қуаты жылдың кез келген уақытында тәулік бойына қолжетімді болып табылады	I
2)	Медициналық ұйымда баламалы көзден электрмен жабдықтау ең маңызды аймақтар мен қызметтер анықталады. Электрмен жабдықтаудың баламалы көзіне тандалған аймақтар мен қызметтерге қол жеткізу және (немесе) қосу қамтамасыз етілген**.	III
3)	Сумен жабдықтаудың балама көздері тоқсан сайын тестіленеді, баламалы көзден электр энергиясын өндіру үшін қажетті отын қоры бар**.	III
4)	Сумен жабдықтау ажыратылған жағдайда ұйымды тасымалданатын сумен қамтамасыз ету туралы шарт бар. Әкелінетін суды пайдалану орындарына жеткізу алгоритмдері әзірленген **. Егер ұңғыма сумен жабдықтаудың балама көзі болып табылса, онда судың микробиологиялық және биохимиялық сапасы жарты жылда бір рет, сумен жабдықтаудың балама көзі ретінде судың қолданылуы туралы эпидемиологтың қорытындысымен расталады	III
5)	Стоматологиялық қондырғылардың су беру жүйелері өндірушінің ұсыныстарына сәйкес өңделеді және сыналады, барлық рәсімдер мен тестілеу нәтижелері құжатталады**.	I

3 Параграф. Дәрілік заттардың, медициналық және стоматологиялық бұйымдар мен материалдардың қауіпсіздігі

№	Стандарт және өлшенетін өлшемшарттар	Ранг
---	--------------------------------------	------

44. Дәрілік заттарды, медициналық және стоматологиялық бұйымдар мен материалдарды басқару. Медициналық ұйымда дәрілік заттармен, медициналық және стоматологиялық бұйымдармен және материалдармен қауіпсіз жұмыс істеу қамтамасыз етіледі		
1)	Дәрілік заттармен және медициналық мақсаттағы бұйымдармен жұмыс істеу Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес жүзеге асырылады ***	II
2)	Жыл сайын дәрілік заттардың, медициналық және стоматологиялық бұйымдардың айналымын басқару жүйесіне мыналарды қамтитын талдау жүргізіледі: жоспарлау және сатып алу; сақтау; дәрігерлік тағайындау; дайындау немесе еріту; пациентке дәрі-дәрмек және стоматологиялық материалдарды енгізу; емдік әсеріне мониторинг, кәдеге жарату, қайтарып алу, тағайындау аудиті, жағымсыз әсерлерді бақылау, дәрі-дәрмек қателіктерін басқару және тәуекелдерді бағалау (дәрілік заттарды, медициналық және стоматологиялық бұйымдар мен материалдарды пайдаланумен байланысты мәселелерді немесе жоғары қауіпті аймақтарды анықтау) **. **	III
3)	Дәрілік заттарды, медициналық және стоматологиялық бұйымдар мен материалдарды басқару жүйесін талдау нәтижелері басшылыққа және ұжымға баяндалады; жұмысты жақсарту бойынша қабылданған шаралардың немесе жобалардың мысалдары бар.	II
4)	Дәрілік заттарды, медициналық және стоматологиялық бұйымдарды басқарудың әрбір сатысын сипаттайтын рәсімдер әзірленеді және енгізіледі: жоспарлау және сатып алу; сақтау; дәрігерлік тағайындау; дайындау немесе еріту; пациентке дәрілік заттарды және стоматологиялық материалдарды енгізу; дәрілік заттардың және стоматологиялық материалдардың әсеріне мониторинг, оларды жою, тағайындау аудиті, жағымсыз әсерлерді бақылау, медициналық қателерді басқару *. *	I
5)	Формулярлық тізімді бекітуді қоса алғанда дәрілік заттарды, медициналық және стоматологиялық бұйымдарды басқару мәселелерін қарастыратын формулярлық комиссия құрылады және жұмыс жасайды **	I
45. Дәрілік заттар, медициналық және стоматологиялық бұйымдар мен материалдар Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес қауіпсіз және тиісті жолмен сақталады***		
1)	Барлық дәрілік заттар, медициналық және стоматологиялық бұйымдар мен материалдар атауы (мазмұны) және белгіленген жарамдылық мерзімі көрсетіле отырып сақталады. Сақтау үй-жайларында дәрілік заттар бөлек сақталады: фармакологиялық топтар бойынша; қолдану әдісіне байланысты (ішкі, сыртқы); жиынтық күйіне байланысты; физикалық-химиялық қасиеттеріне және қоршаған ортаның әртүрлі факторларының әсеріне сәйкес.	II
2)	Дәрілік заттар, медициналық және стоматологиялық бұйымдар мен материалдар оларды сақтауға қойылатын талаптарға сәйкес температуралық режимді, ылғалдылықты және өзге де жағдайларды сақтай отырып сақталады.	I
3)	Қатаң есепке алынуға және бақылауға жататын есірткі және басқа да дәрілік заттар Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес сақталады***.	I
4)	Медициналық ұйымның ішкі ережелері және оларды орындау дәрілік заттардың, медициналық және стоматологиялық бұйымдар мен материалдардың жоғалудан және ұрланудан сақталуын қамтамасыз етеді.	II
5)	Дәріхана персоналы Қазақстан Республикасы заңнамасының талаптарына сәйкес сақтау жағдайларын қамтамасыз ету үшін медициналық ұйымда дәрілік заттарды, медициналық және стоматологиялық бұйымдар мен материалдарды сақтаудың барлық орындарына бақылау жүргізеді **.	I
46. Дәрілік заттармен, медициналық және стоматологиялық бұйымдармен және материалдармен жұмыс істеудің ерекше жағдайлары және оларды жою. Дәрілік заттармен, медициналық және стоматологиялық бұйымдармен және материалдармен жұмыс істеудің ерекше жағдайлары және оларды жою жазылады		

1)	Медициналық ұйымның басшылығы жарамдылық мерзімі өткен дәрілік заттарды, медициналық және стоматологиялық бұйымдар мен материалдарды анықтау және жою тәртібінің сақталуын бекітеді және бақылайды.	III
2)	Медициналық ұйымның басшылығы пациент сатып алған (жеке, сырттан әкелінген) дәрілік заттардың, медициналық және стоматологиялық бұйымдар мен материалдармен жұмыс істеу тәртібін бекітеді және сақталуын бақылайды *.	I
3)	Медициналық ұйымның басшылығы дәрілік заттарды және медициналық мақсаттағы бұйымдарды ұрланудан және жоғалудан қорғауды, жиынның дайындығын уақытылы тексеруді және құрамының уақытылы толтырылуын қоса алғанда шұғыл жағдайларға арналған дәрілік заттардың және медициналық мақсаттағы бұйымдардың жиындарымен (шокқа қарсы төсеме, эпидемияға қарсы төсеме, реанимациялық жиын) жұмыс істеу тәртібін бекітеді және бақылайды *	I
4)	Шұғыл жағдайларға арналған дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдар жиынтығы басшылық бекіткен шұғыл жағдайдың түріне байланысты оларды қолдану жөніндегі алгоритмдермен (анафилактикалық шок, жүрек тоқтауы кезіндегі іс-қимыл алгоритмі) бірге (немесе қатар) сақталады	II
5)	Медициналық ұйымның басшылығы қауіпті дәрілік заттармен жұмыс істеу тәртібін бекітеді және бақылайды *.	I
47. Дәрілік заттарды тағайындау. Дәрілік заттарды тағайындау және дәрілік заттардың тағайындалуын тексеру процесі белгіленеді		
1)	Тағайындау парағында немесе рецептте міндетті ақпаратты толтыруды қоса алғанда дәрілік заттарды тағайындауға қойылатын талаптар бекітілген: пациентті сәйкестендіру; дәрілік заттардың атауы (халықаралық патенттелмеген немесе тауарлық атауы); мөлшері; енгізу жолы; жиілігі; курстың ұзақтығы*	II
2)	Дәрігерлік және мейірбикелік персонал дәрілік заттарды тағайындауға қойылатын талаптар бойынша білімін көрсетеді	I
3)	Медициналық ұйымда дәрігерлік тағайындаулар немесе рецепттер парақтарының дұрыс толтырылуын бақылау рәсімі орындалады (Осы Стандарттың 47-бабының 1) тармақшасын қарау)	I
4)	Тағайындаудың негізділігі мен толықтығын анықтау үшін стоматологиялық пациенттің ағымдағы медициналық карталарында дәрілік заттардың тағайындалуын тексеру жүргізіледі (осы Стандарттың 9-тармағы мен 50-тармағының талаптарын қарау)	II
5)	Шұғыл жағдайларда дәрілік заттарды ауызша тағайындау кезінде қолданылатын және ақпаратты сенімді беру және қабылдау (естіген тағайындауды ауызша қайталау) қағидаттарын қамтамасыз ететін алгоритмдер белгіленеді және сақталады.	III
48. Дәрілік заттарды дайындау. Дәрілік заттар қауіпсіз және таза ортада дайындалады дәрілік заттарды енгізу пациенттің қауіпсіздік қағидаттарын басшылыққа алады		
1)	Емшара кабинеттері және (немесе) дәрілік заттарды сұйылту және дайындау орындары таза және қауіпсіз жұмыс аймағы болып табылады.	III
2)	Медицина қызметкерлері пациентке дәрі дәрмектерді дайындау және енгізу кезінде қол гигиенасының алгоритмдері мен кезеңдерін ұстанады	III
3)	Пациентке енгізілген және пациент медициналық ұйымда қабылдаған әрбір дәрілік зат тағайындау парағында (немесе өзге құжатта) уақыт пен жазбаның авторы *көрсетіле отырып құжатталады*.	II
4)	Медициналық ұйымға дәрілік заттарды қауіпсіз енгізу бес тармақтың дұрыстығын тексерумен қамтамасыз етіледі: дәл сол пациент, дәрілік зат, мөлшері, енгізу жолы, қабылдау уақыты мен жиілігі.	I
5)	Пациенттің дәрі-дәрмектерді өздігінен енгізу процесі тағайындалады (мысалы, ингалятор немесе автоматты инъектор)*. Тиісті патологиясы бар пациенттер белгіленген процеске сәйкес ингаляторды немесе басқа құралды өз бетінше қолдануға үйретілгенін растайды.	III
49. Дәрі-дәрмектер мен стоматологиялық материалдардың жағымсыз әсерлері және дәрілік қателіктерді басқару. Фармакологиялық қадағалау, дәрілік қателіктерді басқару және пациенттерді дәрілік заттарды дұрыс қолдануға үйрету процестері енгізілген		

АСҚН

1)	Қызметкерлер дәрі-дәрмектер мен стоматологиялық материалдар (жағымсыз әсерлер мен дәрілік қателіктер) бойынша оқиғаларды хабарлау процесі туралы біледі.	I
2)	Пациенттерге тағайындалған дәрілік заттар мен стоматологиялық материалдарды дұрыс қолдануға үйрету жүргізіледі. Оқу процесі стоматологиялық науқастың медициналық картасында құжатталады.	II
3)	Медициналық ұйымда медициналық қателіктер мен ықтимал қателіктердің себептерін анықтау, хабарлау және талдау процесі енгізілген.	I
4)	Дәрілік заттармен және стоматологиялық материалдармен жұмыс істеуге тартылған дәрігерлер мен өзге де персонал үшін дәрілік заттар мен стоматологиялық материалдар бойынша анықтамалық ақпарат қолжетімді болып табылады.	II
5)	Дәрілік заттар мен стоматологиялық материалдардың әсері мен жанама әсерлеріне мониторинг жүргізу бойынша рәсімдер орындалады **. Жанама әсерлер туралы мәліметтер жиналады, талданады және жақсарту шаралары жүргізіледі.	I
50. Антибиотиктерді бақылау. Медициналық ұйым антибиотиктерді бақылау бойынша бағдарламаны енгізеді		
1)	Антибиотиктерді бақылау бойынша бағдарлама (нұсқаулық) тағайындалуы шектелген антибиотиктердің тізімін қамтиды, сондай-ақ резервтік антибиотиктерді қолдану көрсетілімдердің сипаттайды *	I
2)	Антибиотиктерді бақылау бойынша бағдарлама немесе нұсқаулық медициналық ұйымның басшылығымен бекітілген рәсімдерге сәйкес ұжымдық әзірленеді (дәрігердің және (немесе) клиникалық фармакологтың, инфекциялық бақылау, микробиология бойынша маманның қатысуымен)	II
3)	Стоматологиялық науқастың медициналық карталары антибиотиктерді бақылау бағдарламасын немесе нұсқаулығын орындау үшін үнемі қаралады.	I
4)	Дәрігерлер мен басқа пайдаланушылар антибиотиктерді бақылау бағдарламасының немесе нұсқаулықтың талаптары туралы хабардар болады.	I
5)	Антибиотиктерді бақылау бағдарламасын немесе нұсқаулықты орындау медициналық көмектің сапасын жақсарту үшін қолданылатын индикаторлар арқылы бақыланады **.	I
51. Стоматологиялық құрылымдармен жұмыс істеу. Имплантталатын протездер және басқа да стоматологиялық құрылымдар белгіленген өлшемшарттарға сәйкес қолданылады		
1)	Стоматологиялық құрылымдарды қолдану стоматологиялық құрылымдардың нақты түрлеріне арналған халықаралық және ұлттық нұсқаулықтарға сәйкес жүзеге асырылады.	
2)	Медициналық ұйымда имплантталатын протездер және басқа да стоматологиялық құрылымдарды орнату процесі сипатталған және енгізілген.	
3)	Пациентке сақтық шаралары мен ықтимал жанама әсерлерді қоса алғанда, имплантталатын протездер және басқа да стоматологиялық құрылымдарды қолдану туралы ақпарат беріледі. Пациент стоматологиялық құрылымдарды қолданудың егжей-тегжейлері туралы хабардар екенін растайды.	
4)	Имплантталатын протездер және/немесе басқа да стоматологиялық құрылымдардың сериялық нөмірі стоматологиялық пациенттің медициналық картасына және тіркеу журналына енгізіледі.	
5)	Белгіленген стоматологиялық құрылымдар мен пациенттің жай-күйін мониторингілеу белгіленген ұсынымдарға сәйкес жүргізіледі. Мониторинг нәтижелері стоматологиялық паценттің медициналық картасына енгізіледі.	

1 Параграф. Пациенттің қауіпсіздігі

№	Стандарт және өлшенетін өлшемшарттар	Ранг
52. Пациентті сәйкестендіру. Пациенттің қауіпсіздігі пациентті сәйкестендіру процесі арқылы арттырылады		
1)	Медициналық ұйымның басшылығы пациенттің кемінде екі сәйкестендіргішін қолдана отырып, пациентті сәйкестендіру процесін сипаттайтын пациентті сәйкестендірудің стандартты операциялық рәсімін (бұдан әрі – СОР) бекітеді және орындайды. Мысалы, бірінші сәйкестендіргіш ретінде пациенттің аты-жөні, ал екіншісі ретінде толық туған күні қолданылуы мүмкін.	I
2)	Пациент әрбір емшараның, операцияның, инъекцияның, дәрілік заттарды қабылдаудың, биоматериалды алу және басқа да жағдайлардың алдында СОР сәйкес сәйкестендіріледі. Мейірбикелік және дәрігерлік персонал пациентті сәйкестендіру бойынша рәсімдер туралы хабардар екендігін көрсетеді	I
3)	Күндізгі стационарда пациентті сәйкестендіру екі сәйкестендіру білезігін пайдалану жолымен не медициналық ұйым басшылығы бекіткен пациенттерді сәйкестендірудің басқа балама тәсілдері арқылы жеңілдетіледі	I
4)	Пациенттің идентификаторлары стоматологиялық науқастың медициналық жазбаларының барлық түрлерінде және пациенттің биоматериалы немесе жеке стоматологиялық материалдары бар барлық контейнерлерде болады (мысалы, стоматологиялық әсер).	I
5)	Пациентті сәйкестендіру процесі пациенттің қауіпсіздігін арттыру үшін қолданылатын индикаторлар арқылы бақыланады**. Мысалы, индикатор пациенттердің биоматериалдары бар контейнерлердің тексерілген санынан пациенттердің биоматериалдары бар контейнерлерді дұрыс анықтау пайызы болуы мүмкін.	I
53. Ақпаратты тиімді беру. Пациенттердің қауіпсіздігі ауызша және (немесе) телефон ақпаратын берудің стандартталған процесі арқылы артады		
1)	Ақпаратты алушы жазып алатыны және хабарламаны дауыстап оқитыны, хабарлаушы тұлға хабарламаның дұрыстығын растауы жазылған, ақпаратты ауызша және (немесе) телефон арқылы қабылдау мен берудің СОР әзірленеді және енгізіледі *	I
2)	Зертханалық және диагностикалық зерттеудің күрделі нәтижелері туралы хабарлама, пациентке ауызша дәрілік заттар тағайындау ақпаратты ауызша және (немесе) телефон арқылы қабылдау мен берудің СОР сәйкес беріледі.	I
3)	Медициналық ұйым барлық зертханалық және диагностикалық зерттеулер (медициналық ұйым көрсететін немесе аутсорсингке берілген) үшін маңызды мәндердің тізімін белгілейді.	I
4)	Пациенттің сәйкестендіру деректерін көрсетумен, беруші және қабылдаушы персоналдың сәйкестендіру деректерін, берілу уақытын, пациенттің негізгі клиникалық көрсеткіштерін және пациентті беру кезінде басқа да көрсеткіштерді (егер қолданылса) көрсете отырып, пациентті одан әрі күту жөніндегі бөлімшелер және (немесе) қызметтер арасында пациентті қауіпсіз беру жөніндегі СОР әзірленеді және орындалады (өлшемшарт анестезиологиялық және хирургиялық емдеу көрсететін медициналық ұйымдар үшін қолданылады).	I
5)	Зертханалық және диагностикалық зерттеулердің күрделі нәтижелерін хабарлау кезінде ауызша және (немесе) телефонмен ақпаратты беру процесі және ұйымдар мен көрсетілетін қызметтер арасында пациентті тапсыру процесі пациенттің қауіпсіздігін арттыру үшін қолданылатын индикатор(лар) арқылы мониторингіленеді*	I

54. Қауіптілігі жоғары дәрілік заттар (жанама әсерлердің жоғары деңгейі бар және пациенттің денсаулығына айтарлықтай зиян келтіретін дәрілер, сондай-ақ басқа дәрілердің атауларына немесе орамаларына ұқсас дәрілік заттар). Пациенттердің қауіпсіздігі қауіптілігі жоғары дәрілік заттарды стандартталған таңбалаудың және қауіпсіз жұмыс істеудің есебінен арттырылады

1)	Тәуекелі жоғары дәрілік заттармен жұмыс істеуді сипаттайтын СОР әзірленеді * Рәсім: қауіптілігі жоғары дәрілік заттарды таңбалауды; қауіптілігі жоғары дәрілік заттарды сақтауды; егер ерекшеліктер болса – тағайындауды және қолдануды; қауіптілігі жоғары дәрілік заттардың тізімін қамтиды*.	I
2)	Концентратталған электролиттермен жұмыс істеуді сипаттайтын СОР әзірленеді * Рәсім: концентратталған электролиттердің таңбалауды; концентратталған электролиттерді сақтау – сирек пайдалану орындарында сақтауға тыйым салуды, тек клиникалық қажетті орындарда сақтауды; егер ерекшеліктер болса – тағайындау және қолдануды; концентратталған электролиттердің тізімін қамтиды	I
3)	Атауы ұқсас және қаптамасы ұқсас дәрілік заттармен жұмыс істеуді сипаттайтын СОР әзірленеді * Рәсім: атауы ұқсас және қаптамасы ұқсас дәрілік заттарды таңбалауды; егер дәрілік заттардың атаулар үндес немесе сыртқы түрі ұқсас болса, оларды бір сөреде немесе бір қатарда сақтауға тыйым салуды; егер ерекшеліктер болса – тағайындауды және қолдануды; атауы ұқсас және қаптамасы ұқсас дәрілік заттардың тізімін қамтиды *	I
4)	Жауапты персонал (дәрігерлер, орта медициналық персонал, дәріхана персоналы) жоғары қауіпті дәрілік заттармен, концентрацияланған электролиттермен, ұқсас атауы және ұқсас қаптамасы бар дәрілік заттармен жұмыс істеу жөніндегі талаптарды біледі.	I
5)	Концентрацияланған электролиттермен, жоғары қауіпті дәрілік заттармен және ұқсас атауы мен ұқсас қаптамасы бар дәрілік заттармен жұмыс істеу пациенттің қауіпсіздігін арттыру үшін қолданылатын индикаторлар арқылы мониторингтеледі **.	I

55. Хирургиялық қауіпсіздік: дұрыс дене мүшесі, дұрыс емшара және дұрыс пациент. Пациенттердің қауіпсіздігі дұрыс пациентке дұрыс дене мүшесінде дұрыс емшараны қамтамасыз ету үшін стандартталған операция алды верификация (пациенттің жоспарланған инвазиялық процедураға сәйкестігін растау) және тайм-ауттың (медициналық қызметкерлердің хирургиялық операцияларға немесе жоғары тәуекелді инвазиялық процедураларына дайын болуын тексеру) есебінен арттырылады

1)	Медициналық ұйымда операция орнын таңбалауды және (немесе) инвазивтік емшараны, операция алды тексеру рәсімдерін және дене мүшесінің дұрыстығын қамтамасыз ету үшін тайм-аут, дұрыс емшараны және операцияны және пациентті сәйкестендіруді сипаттайтын СОР әзірленеді *	I
----	--	---

2)	Дене бөлігін операцияны (емшараны) орындайтын дәрігер тәуекелі жоғары операцияның және инвазивтік емшараның алдында медициналық ұйымда бекітілген бірыңғай белгі түрінде таңбалайды. Медициналық ұйымда дененің белгілі бір бөліктерін таңбалаудың бірыңғай әдістері бекітіледі. Мысалы, тісті жұлу кезінде таңбалау үшін қағаз тасымалдағышта көрсетілген тіс формуласын немесе рентгенографияны қолдануға болады.	I
3)	Медициналық ұйымның басшылығымен бекітілген рәсімдерге және нысанға мына процестерді тексеруді қамтитын операция алдындағы верификация жүзеге асырылады: пациенттің өзінің идентификаторларын (толық аты, туған жылы) растауы пациенттің оперативтік араласуды немесе тәуекелі жоғары емшарасын жүзеге асыруға ақпараттық келісімін растауы пациенттің оперативтік араласуды (дене және/немесе ағза жағы және учаскесі) растауы операция орнын таңбалау пациенттің аллергиясының болуы немесе болмауы пациенттің тыныс алу жолының мәселелері	I
4)	Барлық хирургиялық команда мына сатыларды қамтитын тайм-аут рәсіміне қатысады: пациентті сәйкестендіру; операциялық араласу атауын немесе инвазивтік емшараны растау; операциялық араласу участкесін және жағын немесе инвазивтік емшараны растау; хирургиялық бригаданың операцияға дайындығы жабдықтардың, медициналық және стоматологиялық бұйымдардың дайындығы Тайм-аут медициналық картада құжатталады. Сайн-аут стоматологиялық науқастың медициналық картасында орындалады және құжатталады.	I
5)	Операция алды верификациялауды және тайм-аут рәсімін орындау пациенттің қауіпсіздігін арттыру үшін пайдаланылатын индикаторлар арқылы мониторингіленеді **	I
56. Қол гигиенасы. Пациенттердің қауіпсіздігі медициналық көмекке байланысты инфекциялардың алдын алу үшін қол гигиенасы бойынша кешенді шаралар арқылы артады		
1)	Қолды жуу (қолды өңдеу) түрлері мен кезеңдерін, сондай-ақ қолды өңдеуге арналған көрсеткіштерді сипаттайтын дәлелдемелік базаға (әдебиетке) негізделген рәсімдер әзірленеді және орындалады *.	I
2)	Қолды өңдеу рәсімдері бүкіл медициналық ұйымда орындалады	I
3)	Қолды өңдеу рәсімдерін орындау үшін ресурстар қажетті көлемде ұсынылған (осы Стандарттың 11-тармағының 3) тармақшасын, 26-тармағының 4) тармақшасын, 27-тармағының 2) тармақшасын қарау).	I
4)	Медициналық персонал қолды өңдеу түрлері, кезеңдері мен көрсеткіштері бойынша оқытылады **.	I
5)	Қолды өңдеу тәжірибесі пациенттің қауіпсіздігін арттыру үшін қолданылатын индикатор (индикаторлар) арқылы мониторингтеледі**.	I
57. Құлаудың алдын алу. Қауіпсіздік тәуекел тобындағы пациенттерде құлау қаупін бастапқы және қайта бағалау, сондай-ақ алдын алу шаралары мен қауіпсіз қоршаған орта арқылы арттырылады		
1)	Ұйымда пациенттердің құлау қаупін барынша азайтатын алдын алу шаралары ұйымдастырылатын пациенттердің топтары анықталады (сүйемелдеу, арбалар, таяқтар, балдақтар беру, бірінші және соңғы баспалдақтарды таңбалау және (немесе) басқа да іс-шаралар) *.	I

АСQH

2)	Құлау қаупін бағалау рәсімі нақты өлшемшарттарға ие және күндізгі стационарлық емделушілерге, сондай-ақ жоғары қауіпті қызметтерді алатын емделушілерге жасалады.	I
3)	Құлау қаупін бағалау және қайта бағалау (анестезиядан, хирургиядан немесе белгілі бір жоғары қауіпті емшаралардан кейін) қажет болған кезде орындалады және стоматологиялық пациенттің медициналық картасында уақытылы құжатталады **.	I
4)	Құлау қаупі жоғары пациенттерді сүйемелдеуді қоса алғанда, құлаудың алдын алу жөніндегі іс-әрекеттер және медициналық ұйымның қағидаларында айқындалған басқа да іс-әрекеттер орындалады (осы Стандарттың 57-тармағының 1) тармақшасын қарау).	I
5)	Құлаудың алдын алу жөніндегі іс-шаралар пациенттің қауіпсіздігін арттыру үшін қолданылатын индикатор (индикаторлар) арқылы мониторингтеледі**.	I

2 Параграф. Пациенттің құқықтары

№	Стандарт және өлшенетін өлшемшарттар	Ранг
58. Медициналық көмекке қол жетімділік. Медициналық көмекке қол жетімділік оның ішінде мүмкіндігі шектеулі жандар үшін де жеңілдетілген		
1)	Ғимаратқа кіру Қазақстан Республикасының заңнамасына және жергілікті атқарушы органдардың өкімдеріне сәйкес мүмкіндігі шектеулі адамдардың пайдалануы үшін қолжетімді жолдар мен пандустармен жабдықталған***.	II
2)	Мүмкіндігі шектеулі жандар үшін арбалар, балдақтар, таяқтар қолжетімді болып табылады.	II
3)	Мүмкіндігі шектеулі жандарға сүйемелдеуді қамтамасыз ету жөніндегі рәсімдер орындалады (осы Стандарттың 57-тармағының 4) тармақшасын қарау).	I
4)	Мүмкіндігі шектеулі пациенттерге арналған дәретханаларда, күндізгі стационар палаталарында және медициналық ұйымның басшылығы айқындаған басқа орындарда медициналық персонал тарапынан шақыру батырмалары немесе басқа да көмекке шақыру құралдары болады. Мүмкіндігі шектеулі пациенттерге арналған дәретханалар тұтқалармен жабдықталған.	I
5)	Ғимараттың кіреберісі тұтқалармен, таяныштармен, тактильді жолдармен жабдықталған	I
59. Пациенттің құқықтары мен міндеттері бойынша рәсімдер. Медициналық ұйым Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес пациенттердің құқықтарын сақтауға және олардың міндеттері туралы хабардар етуге бағытталған рәсімдерді әзірлейді және енгізеді ***		
1)	Медициналық ұйым құпиялылыққа құқықты, құрметпен қарауға, көрсетілетін медициналық көмекке (қызметке) қатысты ақпаратқа қолжетімділікті қоса алғанда, көрнекі үгіт орындарында (мысалы, күту холлдарындағы постерлер немесе бейнероликтер) пациенттер үшін өз құқықтары мен міндеттері туралы ақпараттың қолжетімділігін қамтамасыз етеді**	II
2)	Үгіт орындарында пациенттердің және олардың заңды өкілдерінің құқықтары туралы ақпарат Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес мемлекеттік және орыс тілдерінде орналастырылған **.	III
3)	Пациенттер өз денсаулықтары үшін өздерінің құқықтары мен ортақ жауапкершіліктері туралы хабардар етіледі, оған дәрігерді алдыңғы аурулар, емдеу, тексерулер туралы хабардар ету, медициналық персоналдың ұсынымдарын орындау қажеттілігі кіреді (мысалы, жалпы ақпараттандырылған келісім, стендтердегі ақпарат, бейнероликтер арқылы) (осы Стандарттың 62-тармағының 4) тармақшасын қарау).	II

4)	Пациенттер өз міндеттері туралы, оның ішінде медицина қызметкерлерімен қарым-қатынаста құрмет пен әдептілік көрсету, басқа пациенттердің құқықтарын бұзатын әрекеттерді жасамау міндеттері туралы хабардар етіледі (мысалы, жалпы ақпараттандырылған келісім, стендтердегі ақпарат, бейнероликтер арқылы) (осы Стандарттың 62-тармағының 4) тармақшасын қарау)	II
5)	Барлық қызметкерлер пациенттердің және олардың заңды өкілдерінің құқықтарын, соның ішінде құпиялылық құқықтарын, құрметпен қарауды, қауіпсіздікті және емдеуге қатысты ақпаратқа толық қол жетімділікті біледі және оқытылған**.	II
60. Кедергілер мен артықшылықтар. Медициналық көмектің қолжетімділік тәуекелдері (жас, физикалық, тіл, мәдени және пациенттердің басқа да шектеулері) анықталады және азаяды, құпиялылық қамтамасыз етіледі		
1)	Медициналық ұйымның ғимараты (ғимараттары), ғимараттың (ғимараттардың) үй-жайлары (дәліздер, холлдар) және оған іргелес аумақ қажетті ақпараттық және нұсқаушы белгілермен жабдықталған.	III
2)	Коммуникативтік проблемалары бар (тілдік тосқауыл, есту қабілетінің жоғалуы, сөйлеу қабілетінің жоғалуы) пациенттерді емдеу кезінде медициналық ұйым оларды тиісті медициналық көмекпен қамтамасыз ету үшін барлық қажетті шараларды қабылдайды.	II
3)	Медицина қызметкерлері пациенттердің мәдени немесе рухани қалауларын шектемейді және пациенттердің рухани көмекке қол жеткізуіне кедергі жасамайды. Пациентті тексеру, емдеу және диагностикалық емшаралар оның мәдени және діни сенімдерін ескереді.	II
4)	Медициналық ұйым мәдени және діни сенімдер бойынша құпиялылық қажеттілігін қоса алғанда, емделу және күтім көрсету процесінде пациенттің құпиялылығын қамтамасыз етеді	II
5)	Пациент күндізгі стационарға түскен кезде орта медициналық персонал бөлімшенің жұмыс режимі, қол гигиенасы, санитарлық тораптардың орналасуы, құлаудың алдын алу, шақыру батырмалары, пациенттің құқықтары туралы пациентке нұсқау береді, емдеуші дәрігер туралы ақпарат береді. Нұсқаулық стоматологиялық науқастың медициналық картасында пациенттің қолымен құжатталады (мысалы, медициналық картада, журналда немесе жалпы ақпараттандырылған келісімнің артында жеке нысанда).	I
61. Пациенттердің және олардың заңды өкілдерінің өтініштері. Пациенттердің және олардың заңды өкілдерінің өтініштері уақытылы және объективті қабылданады және қаралады		
1)	Ұйымда пациенттерден және олардың заңды өкілдерінен пациенттің құқықтарын бұзуға қатысты өтініштерді қабылдау процесі бар және қолданылады, қызметкерлер бұл процесс туралы біледі.	II
2)	Өтініш беру рәсімі туралы ақпарат пациенттер үшін қолжетімді болып табылады. Тіркеу бөлімінде өтініштер (шағымдар, алғыс білдіру) журналдары бар және олар пациенттердің сұранымы бойынша беріледі.	II
3)	Пациенттердің және олардың заңды өкілдерінің өтініштері Қазақстан Республикасының заңнамасында айқындалған уақыт кезеңі ішінде уақытылы және объективті қаралады***.	II
4)	Пациентті қолдау және сапаны бақылау қызметінің персоналы медициналық ұйымда бекітілген рәсімдерге сәйкес өтініштерді жинауды, өңдеуді, талдауды және мониторингті жүргізеді.	I
5)	Өтініштерді талдау нәтижелері ұйымның медициналық қызметтерінің сапасын арттыру үшін қолданылады.	II
62. Пациенттің медициналық қызметтерге жалпы ақпараттандырылған келісімі. Медициналық ұйым пациенттің медициналық қызметтерге жалпы ақпараттандырылған келісімін алу рәсімдері енгізілген		
1)	Пациенттің немесе оның заңды өкілінің жалпы ақпараттандырылған келісімін алу процесі медициналық ұйымның басшылығы бекіткен рәсімдерде айқындалады. *	II
2)	Медициналық ұйымның пациенттері жалпы ақпараттандырылған келісіммен және оған қол қоюмен танысу рәсімінен өткенін растайды.	I
3)	Бірінші қатардағы персонал (тіркеушілер, мейірбикелер) пациенттен немесе оның заңды өкілінен медициналық қызметтерге жалпы ақпараттандырылған келісім алу процесін орындайды және оқытылған.	II
4)	Жалпы ақпараттандырылған келісіммен танысқан кезде пациенттер немесе олардың заңды өкілдері жекелеген арнайы ақпараттандырылған келісімді талап ететін зерттеулер, рәсімдер және емдеу туралы хабардар етіледі, фотосуретке және (немесе)	II

	бейнежазбаға келісім немесе келіспеушілікті көрсетеді, сондай-ақ өздерінің негізгі құқықтары мен міндеттері туралы хабардар етіледі (осы Стандарттың 59-тармағының 3) тармақшасын қарау).	
5)	Бекітілген халыққа қызмет көрсету үшін МСАК шеңберінде оның бір жыл ішінде әрекеттілігін қамтамасыз ететін жалпы ақпараттандырылған келісім алу рәсімдері әзірленген және орындалады.	III
63. Пациенттің арнайы ақпараттандырылған келісімі. Медициналық ұйым операция, анестезия, процедуралық седация алдында, сондай-ақ басқа да жоғары қауіпті емдеу шаралары кезінде пациенттің медициналық қызметтерге арнайы ақпараттандырылған келісімін алу рәсімдерін енгізеді		
1)	Медициналық ұйымның басшылығы пациенттерден және олардың заңды өкілдерінен хирургиялық операция, анестезия және (немесе) басқа да жоғары қауіпті рәсімдерді жүргізетін дәрігердің арнайы ақпараттандырылған келісімін алуды сипаттайтын рәсімдерді бекітеді және орындайды. Арнайы ақпараттандырылған келісім алуды талап ететін рәсімдердің тізбесі анықталды.	II
2)	Арнайы ақпараттандырылған келісімдердің нысандары мен мазмұны дәрігерлермен және жоғары қауіпті рәсімдер мен емдеуді жүзеге асыратын адамдармен бірлесіп әзірленеді **. Сауалнамаға қатысқан қызметкерлер арнайы ақпараттандырылған келісім алу рәсімі туралы хабардар екендіктерін көрсетеді.	I
3)	Медициналық ұйымның пациенттері арнайы ақпараттандырылған келісіммен және оған қол қоюмен танысу рәсімінен өткенін растайды.	I
4)	Пациенттің немесе оның заңды өкілдерінің жоғары қауіпті емшаралар мен емдеуге арнайы ақпараттандырылған келісімінің мәтіні жоспарланған емдеудің артықшылықтары мен тәуекелдерін сипаттауды қамтиды **.	I
5)	Пациенттің ақпараттандырылған келісімі кез келген хирургиялық операция, жоғары қауіпті емшара, анестезия және седация алдында, ғылыми жобаға немесе эксперименттік емдеуге қатыспас бұрын және медициналық ұйым анықтаған басқа жағдайларда стоматологиялық пациенттің медициналық картасында ресімделеді және құжатталады *.	I
64. Емдеуден бас тарту және екінші пікірге құқық. Пациент ұсынылған медициналық көмектен бас тарту құқығы туралы хабардар және екінші пікірге құқығы бар		
1)	Медициналық ұйымның басшылығымен пациенттің ұсынылған медициналық көмектен (толық немесе ішінара, емдеуді жалғастырудан) бас тартуын ресімдеу, сондай-ақ пациентке Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес екінші пікірді беру рәсімі бекітілген*.	III
2)	Денсаулық үшін мүмкін болатын қолайсыз салдарларды көрсете отырып, емдеуден немесе емдеу бөлігінен бас тарту бас тартудың арнайы нысанында ресімделеді және оған пациент не оның заңды өкілі, сондай-ақ медициналық ұйымның басшылығы бекіткен рәсімдерге сәйкес тартылған медицина қызметкері қол қояды.	II
3)	Пациенттің талабы бойынша ұйым медициналық ұйымда бекітілген рәсімдерге сәйкес пациенттің екінші пікірді алу мүмкіндігі үшін жүргізілетін емдеу процесі туралы ақпаратты толық көлемде (дәрігерлік тексерулер, диагностикалық зерттеулер нәтижелерінің көшірмелері және пациентті қарауға және емдеуге қатысты медициналық құжаттаманың басқа да нысандары) ұсынады *.	III
4)	Емдеуден немесе емдеудің бір бөлігінен бас тартқан жағдайда медициналық персонал емделушіге баламалы емдеу түрлері, бас тарту салдарынан болуы мүмкін қауіптер мен асқынулар туралы хабарлайды және осы ақпаратты құжаттайды.	II
5)	Персонал пациенттің емдеуден немесе емдеудің бір бөлігінен бас тартуы кезіндегі өз іс-әрекеттері туралы, сондай-ақ сұрау салынған жағдайда екінші пікірді алу үшін жүргізілетін емдеу процесі туралы ақпарат беру туралы хабардарлығын көрсетеді.	II

Параграф. Стоматологиялық қызметті ұйымдастыру

№	Стандарт және өлшенетін өлшемшарттар	Ранг
---	--------------------------------------	------

65. Профилактикалық қарап-тексерулер. Халықтың нысаналы топтарына жататын тұлғаларға профилактикалық медициналық қарап-тексерулер жүргізу тәртібі Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес жоспарлы және уақытылы қарап-тексеруді қамтамасыз етеді		
1)	Алдағы жылы профилактикалық медициналық қарап-тексерулерге жататын халықтың нысаналы топтарының тізімін кейіннен нысаналы топтарды ай сайын түзетумен жасау және оларды қалыптастыру жүргізіледі.	II
2)	Персонал халықтың нысаналы топтарын профилактикалық медициналық қарап-тексеруден өту қажеттілігі мен шарттары туралы хабардар етуді жүргізеді.	II
3)	Персонал халықтың нысаналы тобын профилактикалық медициналық тексеруге шақыруды жүргізеді.	II
4)	Персонал тексеру жүргізер алдында пациент тарапынан қажетті дайындық әрекеттері туралы нұсқау жүргізеді.	II
5)	Анықталған ауыз қуысының патологиясы бар тұлғалар үшін медициналық ақпараттық жүйеге деректерді толтырумен ауыз қуысының санациясы жүргізіледі	II
66. Пациенттердің триажы (медициналық сұрыптау). Медициналық ұйымда пациенттердің физиологиялық жағдайына және пациенттің тіркелу мәртебесіне және медициналық ұйымның бейініне қарамастан уақытылы медициналық көмек көрсетуге байланысты оларды нақты бөлу үшін жағдайлар жасалған		
1)	Медициналық ұйымда алгоритмдер мен триаж өлшемшарттарын сипаттайтын триаж ережелері әзірленген және бекітілген.	II
2)	Бірінші қатардағы қызметкерлер (тіркеушілер, медбикелер, күзетшілер) триаж ережелері туралы біледі.	I
3)	Медициналық ұйымда шұғыл және кезек күттірмейтін медициналық көмек көрсетуді қажет ететін пациенттер үшін арнайы триаж аймақтары бар.	I
4)	Шұғыл және кезек күттірмейтін көмек көрсетуді қажет ететін пациенттерге алғашқы көмек көрсету үшін триаж аймақтарына апаратын жол тіркеу бөлімінен жолды дұрыс түсінуге мүмкіндік беретін маршрутты көрсетумен бірге жүреді.	II
5)	Триаж аймақтары жабдықталған және қажетті дәрілік заттарға, медициналық мақсаттағы бұйымдарға, алғашқы көмек көрсетуге арналған жабдықтарға шұғыл қолжетімділік болады (осы Стандарттың 77-тармағын қарау).	I
67. Амбулаториялық жағдайда пациенттерді қабылдауды ұйымдастыру. Амбулаториялық жағдайда пациенттерді қабылдау процесі стандартталған және жақсартылады		
1)	МСАК пациенттерінің медициналық ақпараттық платформалар мен жүйелер арқылы интернетпен қажетті мамандық дәрігерінің қабылдауына жазылу мүмкіндігі бар.	II
2)	Тіркеу бөлімінің орналасуы «келушіге жақын» қағидаты бойынша медициналық персоналдың барынша қолжетімділігін (жаңа және салынып жатқан ғимараттарда тіркеу орнының желпуішті, айналмалы желдеткіштік орналасуы) қамтамасыз етеді.	III
3)	Тіркеу бөлімі медициналық ұйымның жұмысы кезінде үздіксіз байланысты қамтамасыз ете отырып, өндірістік қажеттіліктерге сәйкес жабдыкталады.	II
4)	Сапа қызметі пациенттерді қабылдауды немесе қызметтерді күтудің ішкі мониторингін жүргізеді. Медициналық ұйымның басшылығы мониторинг нәтижелерін талдауға негізделген шараларды қабылдайды.	III
5)	Бөлімшелер, кабинеттер мен қызметтер бойынша визуалды маршрут арқылы пациенттер ағынын тиімді бөлу ұйымдастырылған.	II

68. Консультациялар мен қарап-тексерулерді ұйымдастыру. Амбулаториялық жағдайда пациенттерді тіркеу, қарап-тексеру және жүргізу процесі стандартталады		
1)	Пациенттерді жүргізу бойынша медициналық электрондық ақпараттық жүйелердегі жұмысты қоса алғанда пациенттерді амбулаториялық жағдайларда тіркеу, қарау және жүргізу процесін сипаттайтын рәсімдер енгізіледі*	III
2)	Пациенттер үшін қолжетімді дәрігерлердің қабылдау (консультация беру) кестесі бар (осы Стандарттың 10-тармағының 1) тармақшасын қарау).	III
3)	Білікті мамандар құжаттармен расталған білімі, біліктілігі мен дағдылары негізінде қарап-тексерулер жүргізеді (осы Стандарттың 18-тармағының 2 және 3-тармақшаларын қарау).	III
4)	Пациентті негізгі ауруы бойынша қарайтын дәрігер пациентті амбулаториялық жағдайда емдеуді үйлестіреді және бейінді мамандарға консультацияға (көрсетілімдер болған жағдайда) жібереді	II
5)	Күтімнің тұтастығына және пациенттің медициналық картасына деректерді уақытылы енгізуге ықпал ететін диагностикалық емдеу шаралары және бейінді мамандардың кеңес беру процесі белгіленген*.	III
69. Бастапқы қарап-тексеру және емдеу жоспары. Бастапқы қарап-тексеру емдеу жоспарын анықтау үшін ақпараттық болып табылады, емдеу жоспары емдеу мақсаттарын қамтиды және диагностика мен емдеу хаттамаларына сәйкес келеді		
1)	Бастапқы қарап-тексеру, емдеуші дәрігер мен бейінді мамандардың алғашқы қарап-тексеру жазбалары аккредиттеу стандарттары мен Қазақстан Республикасы заңнамасының талаптарын орындауды қамтамасыз ететін медициналық ұйымның қағидаларына сәйкес келеді.	II
2)	Стоматологиялық науқастың медициналық картасында пациенттің негізгі ағымдағы және ауырған аурулары, үнемі қабылданатын дәрі-дәрмектер, аллергия, операциялар, байланыс деректері және пациенттің тұрғылықты мекен-жайы туралы ақпарат болады.	II
3)	Бастапқы қарап-тексеру, тексеру нәтижелері және алдыңғы тексерулер және (немесе) бейінді мамандардың консультациялары (көрсетілімдер кезінде) бойынша емдеудің мақсаттары мен қажетті нәтижелерін қамтитын емдеу және күтім жоспары жасалады.	II
4)	Пациенттер тағайындалған емдеуді түсінікті түрде түсіндіру, сұрақтар қою мүмкіндігі және ұсынылатын емге қатысты ақпарат көздерін іздеу бойынша ұсынымдар беру арқылы емдеу және күтім жоспарына тартылады. Пациенттер емдеу және күтім жоспарын құруға қатысқандарын растайды.	II
5)	Емдеу жоспары медициналық ұйымның басшылығы бекіткен клиникалық хаттамалардың талаптарына сәйкес келеді (осы Стандарттың 9-тармағын қарау).	II
70. Пациентті қайта қарап-тексеру. Амбулаториялық жағдайда пациенттің және күндізгі стационардағы пациенттің жағдайы бақыланады және динамикалы құжатталады		
1)	Пациенттің жағдайы емдеу жоспарынан мақсаттарға немесе қажетті нәтижелерге қол жеткізуді бағалау мақсатында динамикада байқалады және құжатталады.	III
2)	Пациент немесе оның өкілдері жүргізілетін емнің динамикасы және оның нәтижелері туралы хабардар болады және ақпараттандырылады.	III
3)	Емдеу жоспары пациенттің жағдайына, диагнозына немесе жаңа ақпарат негізінде және қайта қарау нәтижелері бойынша жаңартылады.	III

	Күндізгі стационарда орта және дәрігерлік медициналық персоналдың қайта қарап-тексеру жиілігі пациенттің жағдайын ескере отырып стандартталған.	
4)	Пациентті қайта қарап-тексеру амбулаториялық жағдайларда қайта қарап-тексеру нысандарында немесе динамикадағы пациенттің жай-күйін көрсете отырып, күндізгі стационар дәрігерінің күнделік жазбаларында құжатталады. Қайта қарап-тексеру және күнделікті жазбалары аккредиттеу стандарттары мен Қазақстан Республикасы заңнамасының талаптарын қамтамасыз ететін ұйымның қағидаларына сәйкес келеді.	III
5)	Пациент жағдайының нашарлау белгілері пайда болған жағдайда медициналық ұйымда бекітілген рәсімдерге сәйкес тиісті шаралар қабылданады. Пациентті күтімнің басқа деңгейіне шұғыл ауыстырған жағдайда пациентті жедел жәрдем қызметіне беру сәтіндегі пациенттің өмірлік көрсеткіштері, сондай-ақ көрсетілген емдеу туралы ақпарат көрсетілген нысан толтырылады.	III
71. Күндізгі стационардан шығаруды жоспарлау және күтімнің басқа деңгейіне ауыстыру. Пациент күндізгі стационардан шығаруды жоспарлау, стационарға жатқызу және күтімдегі ерекшеліктер мен басқа да қажеттіліктерді ескере отырып, күтімнің басқа деңгейіне ауыстыру процесіне қатысады		
1)	Ауруханадан шығаруды жоспарлау пациенттің медициналық ұйыммен алғашқы байланыс пунктінен басталады, қажет болған жағдайда жаңартылады және стоматологиялық науқастың медициналық картасында құжатталады.	II
2)	Өртүлі бейіндегі дәрігерлер арасында пациентті беру рәсімі стандартталған*. Пациентке жетекшілік ететін дәрігердің ауысуы туралы хабарланады, жетекшілік ететін дәрігердің ауысуы туралы жазба пациенттің медициналық картасының нысандарында болады.	II
3)	Амбулаториялық жағдайдағы пациенттер және күндізгі стационардағы пациенттер жоспарлы емдеуге жатқызу рәсімдеріне емдеуге жатқызу процесі туралы, сондай-ақ пациент пен медициналық ұйым тарапынан қажетті іс-қимылдар туралы толық ақпараттың берілуі арқылы тартылады.	III
4)	Амбулаториялық жағдайдағы пациенттер және күндізгі стационардағы пациенттер оларға немесе олардың өкілдеріне күтімнің басқа деңгейіне ауыстыру процесі туралы, сондай-ақ пациент пен медициналық ұйым тарапынан қажетті іс-қимылдар туралы толық ақпарат беру арқылы күтімнің басқа деңгейіне ауыстыру рәсімдеріне тартылады.	III
5)	Күтімнің басқа деңгейіне ауыстыру процесі туралы ақпарат, соның ішінде (егер қолданылса) қолданылатын дәрілік заттардың тізімі, диагностика және емдеу және күтім әдістері, одан әрі емдеу және күтім жөніндегі нұсқаулықтар және талдау нәтижелері пациентке жазбаша түрде, пациентке қолжетімді және түсінікті түрде беріледі.	III
72. Күндізгі стационардағы науқастың медициналық картасынан үзінді көшірме. Шығу эпикризі көрсетілген медициналық көмек туралы негізгі ақпаратты қамтиды		
1)	Пациенттің күндізгі стационардан шығаруға дайындығы пациенттің жалпы жағдайымен және шығарудың нақты көрсеткіштерімен анықталады. Анестезиядан және хирургиялық операциялардан кейінгі пациенттерде шығарудың белгіленген өлшемшарттары болады(осы Стандарттың 75 және 76-тармақтарының 5) тармақшаларын қарау).	II
2)	Шығару эпикризі күндізгі стационарға жатқызу себебін, негізгі диагнозды, қосалқы ауруларды, тексерулердің, қарап-тексерулердің негізгі деректерін, жүргізілген емді, негізгі қабылданған дәрілік заттарды қамтиды.	II

3)	Шығару эпикризі пациенттің шығу кезіндегі жағдайы туралы ақпаратты және әрі қарай емдеу мен күтім бойынша егжей-тегжейлі ұсыныстарды қамтиды.	II
4)	Шығару эпикризінің көшірмесі стоматологиялық пациенттің медициналық картасында сақталады, шығару эпикризінің басқа көшірмесі пациентке шығарылған күні беріледі не пациентті одан әрі емдеуге жауапты медицина қызметкеріне пациентті шығару эпикризінің мазмұнымен міндетті түрде таныстыра отырып беріледі.	II
5)	Егер пациент медициналық ұйымнан дәрігердің ескертуінсіз немесе ұсынымдарына қарамастан шықса, пациентке және (немесе) оның заңды өкілдеріне немесе тұрғылықты жері бойынша дәрігерге ықтимал қауіптер мен салдарлар туралы хабарлау жүргізіледі **.	II
73. Тәуекел тобындағы пациенттер және жоғары қауіпті емшаралар. Медициналық ұйым күндізгі стационар мен амбулатория жағдайында тәуекел тобындағы пациенттерді және жоғары тәуекелді рәсімдерді (пациенттің өміріне немесе денсаулығына зиян келтіру ықтималдығы жоғары, сондай-ақ диагностика және (немесе) емдеу процесіне зиян келтіру қаупін туғызатын және медициналық персонал мен пациенттің жоғары назарын талап ететін рәсімдерді) айқындайды		
1)	Медициналық ұйымның басшылығы өз жағдайына (құлау, аллергия, иммун тапшылығы қаупін қоса алғанда), жасына немесе физикалық ерекшеліктеріне байланысты өз пікірін білдіре алмайтын немесе қысқа уақыт ішінде олардың денсаулық жағдайының күрт нашарлау қаупі бар тәуекел тобындағы пациенттерді анықтайды.	I
2)	Тәуекел тобындағы пациенттерді қарап-тексеру, емдеу, күту, емдеу ерекшеліктерін сипаттайтын рәсімдер енгізіледі *.	II
3)	Қажет болған жағдайда пациентті қарау нысаны тәуекел тобындағы пациенттер үшін маңызды ақпаратпен толықтырылады (қарап-тексеру нысанын түрлендіру) **.	III
4)	Зорлық-зомбылық құрбандары анықталған жағдайда ұйым мүдделі әлеуметтік, құқық қорғау органдарымен және өзге де ұйымдармен байланысады.	III
5)	Медициналық ұйымда жоғары қауіпті рәсімдерінің, сондай-ақ диагностика және (немесе) емдеу процесіне зиян келтіру қаупін тудыратын рәсімдердің тізбесі бекітілген. Медициналық ұйым осы рәсімдерге байланысты тәуекелдерді сәйкестендіреді және тәуекелдер болған жағдайда оларды жою және (немесе) азайту жөнінде шаралар қабылдайды (осы Стандарттың 63-тармағын қарау). Жоғары қауіпті емшаралар, сондай-ақ диагностика және (немесе) емдеу процесіне зиян келтіру қаупін тудыратын рәсімдер(қолданылуына қарай): хирургиялық операциялар (қызметтер); анестезиологиялық шаралар; Иондаушы сәулеленуді қолдану; есірткі препараттарын қолдануға байланысты рәсімдер; жабдықтар мен медициналық құралдарды пайдалану; пациенттің биологиялық үлгілерін анықтау және беру; ғылыми зерттеулер және клиникалық зерттеулер (егер жүргізілсе); жабдықтың қауіптері, мысалы, лазерлерді қолданудан өрт және (немесе) жарақат алу қаупі; қан мен оның компоненттерін басқару	II
74. Анестезиологиялық қызметті ұйымдастыру. Анестезия және седация жөніндегі қызметтер қолжетімді болып табылады және Қазақстан Республикасының заңнамасына және кәсіби талаптарына сәйкес келеді		

АСҚН

1)	Медициналық ұйымның басшылығымен анестезиологиялық қызметті және анестезия мен седация бойынша барлық қызметтерді бақылауды жүзеге асыратын білікті жауапты тұлға айқындалады. Білікті жауапты тұлғаның функциялары лауазымдық нұсқаулықта жазылады	II
2)	Білікті тұлға анестезияға дейінгі және седацияға дейінгі қарап-тексеруді, анестезияны немесе седацияны жүргізеді және анестезия мен седация кезінде және одан кейін науқасты бақылайды.	I
3)	Седация және анестезия бойынша көрсетілетін медициналық қызметтер кәсіби стандарттарға және қолданыстағы клиникалық хаттамаларға сәйкес келеді.	I
4)	Реанимациялық көмек (жабдықтар, дәрілік заттар, медициналық бұйымдар және мамандар) анестезия және седация көрсету кезінде қол жетімді болып табылады (осы Стандарттың 77-тармағын қарау).	II
5)	Пациенттің анестезия мен седацияға арнайы ақпараттандырылған келісімі ресімделеді. Арнайы ақпараттандырылған келісім мәтініне ұсынылған анестезияның немесе седацияның артықшылықтары, қауіптері, ықтимал асқынулары және баламалары кіреді**.	III
75. Анестезия. Анестезия бойынша рәсімдер немесе нұсқаулықтар әзірленеді және енгізіледі *		
1)	Анестезияны жүргізер алдында анестезиолог стоматологиялық пациенттің медициналық картасында пациентті алдын ала қарап тексеруді жүргізеді және құжаттайды (осы Стандарттың 14-тармағының 1) тармақшасын қарау).	II
2)	Анестезияны бастау алдында анестезиолог пациенттің жай-күйіне индукция алды бағалауды жүргізеді және құжаттандырады	II
3)	Анестезия барысында өмірлік маңызды функциялардың негізінде физиологиялық жағдай бақыланады және медициналық ұйым бекіткен рәсімдерге сәйкес құжаттандырылады **	II
4)	Әрбір пациенттің анестезиядан кейінгі жағдайы оның организмінің өмірлік маңызды функцияларының көрсеткіштерін бақылау негізінде мониторингіленеді және медициналық ұйым басшылығы бекіткен рәсімдерге сәйкес құжаттандырылады (осы Стандарттың 14-тармағының 1) тармақшасын қарау)	II
5)	Пациентті ояту туралы шешімді медициналық ұйымның басшылығы бекіткен рәсімдерге сәйкес анестезиолог қабылдайды	II
76. Седация. Седация рәсімдері немесе нұсқаулықтары әзірленеді және енгізіледі *		
1)	Седацияны жүргізер алдында білікті дәрігер стоматологиялық пациентті алдын ала қарап-тексеруді жүргізеді және оны медициналық картада құжаттайды (осы Стандарттың 14-тармағының 1) тармақшасын қарау)	II
2)	Анестезия мен седацияны ұйымдастыру жөніндегі медициналық ұйымның ережелерінде ауырсыну процедураларын сүйемелдеу үшін седация жүргізілетін барлық орындар көрсетілген *.	III
3)	Седацияны жүргізу кезінде шұғыл реанимациялық көмек көрсету үшін дәрілік заттар, медициналық бұйымдар, жабдықтар және маман (мамандар) қолжетімді болып табылады (осы Стандарттың 77-тармағын қарау).	II
4)	Седацияны тереңдетілген реанимациялық көмек дағдыларын меңгерген тұлға (дәрігер-анестезиолог немесе тереңдетілген жүрек-өкпе реанимациясы бойынша қолданыстағы сертификаты бар дәрігер) жүзеге асырады.	II
5)	Седациядан кейін қалпына келтіру стоматологиялық пациенттің медициналық картасында құжатталған бекітілген ояту өлшемшарттары негізінде анықталады.	II

77. Шұғыл медициналық көмек (Код көк). Шұғыл медициналық көмек қызметі бүкіл ұйым бойынша қол жетімді *		
1)	Медициналық ұйымның аумағында жұмыс уақытында шұғыл медициналық көмек қызметі қолжетімді болып табылады	I
2)	Базалық жүрек-өкпе реанимациясын көрсетуге арналған дәрілік заттардың, медициналық мақсаттағы бұйымдардың және жабдықтардың стандартталған жиынтығы тұрақты дайындықта сақталады	I
3)	Медициналық ұйым кеңейтілген жүрек-өкпе реанимациясын көрсетуге жауапты адамдарды хабардар ету және қажетті дәрілік заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен жабдықтарды жедел жеткізу тәртібін сипаттайтын рәсімдерді енгізеді *	I
4)	Жарты жылда бір рет немесе жиі Көк код практикалық оқу-жаттығулары өткізіледі, оған кеңейтілген жүрек-өкпе реанимациясын көрсетуге жауапты адамдар, қажетті дәрілік заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен жабдықтарды белгіленген нүктеге жедел жеткізу, жауапты персоналдың жедел келуі және базалық және кеңейтілген жүрек-өкпе реанимациясын көрсету кіреді. Оқу-жаттығу нәтижелері бойынша жетілдіру бойынша шаралар қабылданады	I
5)	Медициналық персонал және бірінші қатардағы персонал (тіркеушілер, күзет) базалық жүрек-өкпе реанимациясын көрсетуге оқытылды	I
78. Хирургиялық қызмет. Хирургиялық қызмет пациенттердің қауіпсіздігін қамтамасыз етеді		
1)	Хирургиялық қызмет тізілімге және (немесе) тәуекелдерді басқару жоспарына енгізе отырып, хирургиялық операцияны немесе жоғары тәуекелді рәсімдерді (мысалы, хирургиялық жабдықтың, құралдардың, медициналық мақсаттағы бұйымдардың, ұйымдастырушылық рәсімдердің жай-күйі мен жинақталуына байланысты тәуекелдерді) көрсетумен байланысты тәуекелдерді айқындайды. Белгіленген тәуекелдерді басқару жөніндегі іс-шаралардың орындалуына дәлелдер бар (осы Стандарттың 8-тармағын қарау).	I
2)	Хирургиялық персонал белгіленген клиникалық артықшылықтарға сәйкес хирургиялық араласуларды жүргізеді (осы стандарттың 20-тармағының 1-тармақшасын қарау).	II
3)	Операция басталғанға дейін дәрігер операция алды қарап-тексеруді және оны стоматологиялық пациенттің медициналық картасында операция алды эпикризі түрінде құжаттандыруды жүргізеді. Операция алды эпикризінде операцияның негіздемесі немесе себебі, операция алды диагноз, жоспарланатын операцияның атауы болады	II
4)	Пациенттің хирургиялық араласуға арнайы ақпараттандырылған келісімі рәсімделеді. Арнайы ақпараттандырылған келісім мәтінінде пациентке ұсынылатын емдеу әдісінің артықшылықтары, тәуекелдері, мүмкін асқынулары және баламалары қамтылады (осы Стандарттың 63-тармағын қарау) **	II
5)	Операция хаттамасы медициналық ұйымның басшылығы бекіткен рәсімдерге сәйкес рәсімделеді	I
79. Операциядан кейінгі емдеу. Медициналық ұйымда операциядан кейінгі емдеу және күтім жоспарын құру стандартталады		
1)	Операциядан кейінгі емдеу және күтім жоспары емдеу іс-шараларының тізбесін және де осы пациентке күтім жасау жөніндегі нұсқауларды қамтиды	II
2)	Операциядан кейінгі емдеу жоспары операциядан кейін құрылады және медицина персоналы үшін қолжетімді болып табылады	III
3)	Операциядан кейінгі емдеу жоспары пациенттің медициналық картасында жазылады	III
4)	Операциядан кейінгі емдеу жоспарын жауапты персонал орындайды	II
5)	Пациенттің жай-күйі немесе қажеттіліктері өзгерген жағдайда операциядан кейінгі емдеу және күтім жоспары түзетіледі	III

4 Параграф. Зертханалық қызметтер

№	Стандарт және өлшенетін өлшемшарттар	Ранг
80. Зертханалық қызметті ұйымдастыру. Зертханалық қызметтер пациенттер үшін қолжетімді болып табылады және Қазақстан Республикасының заңнама актілеріне және кәсіби талаптарына сәйкес келеді.		
1)	Медициналық ұйымның басшылығы медициналық ұйымның пациенттеріне көрсетілетін, оның ішінде шарт бойынша қосалқы мердігер ұйымдар көрсететін зертханалық қызметтерді бақылауды жүзеге асыратын білікті тұлғаны анықтайды	II
2)	Білікті тұлғалар зертханалық зерттеулер жүргізеді және олар бойынша түсінік береді	I
3)	Көрсетілетін зертханалық қызметтердің Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес қажетті лицензиялары болады ***	I
4)	Зертханалық реагенттерді сақтау шарттары өндірушінің талаптарына сәйкес келеді.	I
5)	Шарт бойынша қосалқы мердігер ұйымдар көрсететін зертханалық қызметтер шартта жазылатын индикаторлар немесе талаптар арқылы мониторингіленеді **	III
81. Зертханалық зерттеулердің уақыт шектері. Әрбір зертханалық зерттеу түріне уақыт шектері анықталады *		
1)	Зертханалық зерттеудің әрбір түрі үшін зерттеу нәтижесінің дайындығының уақыт шегі анықталады*.	III
2)	Зертханалық зерттеулердің нәтижелері уақтылы хабарланады.	III
3)	Шұғыл зертханалық зерттеулерді тағайындау және қабылдау процесі белгіленеді және орындалады, олардың уақтылы орындалуы бақыланады	III
4)	Зертханалық зерттеудің әрбір түрі үшін зерттеу нәтижесі бар бланкіде көрсетілген қалыпты мәндердің шектері айқындалады; қажет болған жағдайда қалыпты мәндердің шектері қайта қаралады.	III
5)	Медициналық ұйым зертханалық зерттеулердің сыни (нормадан едәуір ауытқитын) нәтижелерін айқындайды, оларды анықтаған кезде зертхана персоналы 30 минут ішінде дәрігерге немесе күндізгі стационар постына хабарлайды (осы Стандарттың 53-тармағының 2) және 3) тармақшаларын қарау).	II
82. Пациенттің биоматериалымен жұмыс істеу. Пациенттің биоматериалын жинау, сәйкестендіру және таңбалау, тасымалдау, жою процестері стандартталады *		
1)	Медициналық ұйым дәрігердің зертханалық зерттеуді тағайындау және зертханаға жолдаманы жазып беру процесін бекітеді және орындайды	II
2)	Медициналық ұйым биоматериалды жинау, оның сәйкестендіру және таңбалау процесін бекітеді және орындайды	II
3)	Медициналық ұйым пациенттің биоматериалын қауіпсіз тасымалдау және жұмыс істеу процесін бекітеді және орындайды	I
4)	Медициналық ұйым пациенттің биоматериалын зертханада қабылдау, тіркеу, қадағалау және сақтау процесін бекітеді және орындайды	II
5)	Жоғарыда аталған талаптарды ұйымның пациенттері үшін зертханалық зерттеулерді орындайтын қосалқы мердігер ұйымдар орындайды.	II
83. Зертханалық қауіпсіздік. Инфекциялық бақылаумен және ғимараттың қауіпсіздігімен өзара байланысты зертханалық қауіпсіздік бағдарламасы енгізіледі және орындалады *		
1)	Зертхананың медицина персоналы жеке қорғаныш құралдары, арнайы киім, қорғаныш жабдықтары және құрылғылары (көзілдірік, ламинарлық шкаф) арқылы қорғалады	II
2)	Зертхананың барлық персоналы жұмысқа орналасу кезінде, жаңа жабдықтарды алу кезінде, жоспарлы тәртіппен жылына бір рет зертханалық қауіпсіздікті сақтаумен байланысты оқиғалардан кейін зертханалық қауіпсіздік негіздеріне оқытылады **	III

АСҚН

3)	Зертхананың жұмыс аймақтарында зертханалық қауіпсіздік бағдарламасының тамақ, сұйықтық ішуге, шылым шегуге, косметика қолдануға, контактылы линзаларға немесе ерінге жанасуға тыйым салу бойынша талаптары орындалады. Биологиялық сұйықтықтардың төгілуін қауіпсіз жою үшін қажетті құралдар мен ЖҚҚ (қолғап, бетперде, көзді жууға арналған су бүріккіш немесе суы бар бөтелкелері) бар	II
4)	Қауіпсіздікпен байланысты (мысалы, биоматериалмен жанасу, биоматериалдың төгілуі) оқиғалар жауапты тұлғаларға хабарланады және олар бойынша бекітілген рәсімдерге сәйкес түзету шаралары қабылданады (осы Стандарттың 5-тармағының 3) тармақшасын, 22-тармағының 3) тармақшасын қарау	II
5)	Жылына бір рет зертханалық қызметтерге бақылау жүргізетін тұлға Ғимараттың қауіпсіздігі жөніндегі комиссияның отырысында зертханалық қауіпсіздік бойынша есеп береді	III
84. Зертханада сапаны бақылау. Зертханалық қызметтердің сапасына ішкі және сыртқы бақылау жүргізіледі		
1)	Медициналық ұйым жабдықтар арқылы немесе қолмен зерттеу нәтижелерін таңдамалы қайта тексеру жолымен зертханалық қызметтердің сапасына ішкі бақылау жүргізеді	II
2)	Сапаны ішкі бақылауды медициналық ұйым бекіткен рәсімдерге сәйкес жүргізеді және егер автоматты түрде жабдықтарда жүргізілетін болса құжаттаманы талап етпейді	III
3)	Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес зертханааралық салыстыру зерттеулері немесе зертханалық қызметтердің сапасына сыртқы бақылау жүргізіледі (реферанс-зертхана немесе биоматериалды таңдамалы қайта тексеру арқылы) ***	II
4)	Сапаны сыртқы бақылау жылына бір рет жүргізіледі және құжат түрінде расталады**	I
5)	Ішкі және сыртқы сапаны бақылау нәтижелері қанағаттанарлық болмаған жағдайда, медициналық ұйым бекіткен рәсімдерге сәйкес түзету іс-шаралары жүргізіледі	II
85. Зертханалық жабдықтар. Зертханалық жабдықтар жұмыс күйінде сақталады		
1)	Зертханалық жабдық сыналады, жұмыс күйінде ұсталады, калибрленеді және бұл әрекеттер құжатталады (осы Стандарттың 41-тармағын қарау) **.	III
2)	Зертханалық жабдыққа өндірушінің ұсыныстары бойынша жасалған белгіленген кестеге сәйкес қызмет көрсетіледі **.	III
3)	Барлық қызметкерлер пайдаланатын жабдықпен жұмыс істеуге оқытылады* *	III
4)	Егер зертханалық жабдық зертханадан тыс орналасса және оны клиникалық бөлімшелердің персоналы пайдаланса, онда олар медициналық ұйымның басшылығы бекіткен рәсімдерге сәйкес жабдықпен жұмыс істеуге оқытылады**.	III
5)	Тоқсан сайын зертхананың басшысы немесе персоналы зертханадан тыс орналасқан барлық зертханалық жабдық бірліктеріне тексеру жүргізеді *	III

5 Параграф. Сәулелік диагностика қызметі

№	Стандарт және өлшенетін өлшемшарттар	Ранг
86. Сәулелік диагностика қызметін ұйымдастыру. Сәулелік диагностика қызметтері пациенттердің қажеттіліктерін қанағаттандырады және Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес келеді ***		
1)	Медициналық ұйымның басшылығы медициналық ұйымның пациенттеріне көрсетілетін сәулелік диагностиканы бақылауды жүзеге асыратын білікті тұлғаны анықтайды.	II

АСQH

2)	Білікті тұлғалар сәулелік диагностиканың радиологиялық, ультрадыбыстық және басқа да зерттеу түрлерін жүргізеді	II
3)	Білікті тұлғалар сәулелік диагностиканың радиологиялық, ультрадыбыстық және басқа да зерттеу түрлерін түсіндіреді	II
4)	Көрсетілетін сәулелік диагностика қызметтері Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес мемлекеттік лицензиялармен расталады ***	I
5)	Қосалқы мердігер ұйымдар көрсететін сәулелік диагностика қызметтері шартта жазылады. Медициналық ұйым бекіткен рәсімдерге сәйкес осы көрсетілетін қызметтер мониторингіленеді (мысалы, заманауилық, қорытындылардың дұрыстығы немесе басқа көрсеткіштер) **	III
87. Диагностикалық емшаралар кезіндегі пациенттің қауіпсіздігі. Аспаптық диагностика жүргізу кезінде пациенттердің қауіпсіздік қағидаттары сақталады		
1)	Ультрадыбыстық диагностиканы жүзеге асыратын персонал пациент ағзаларын сипаттау кезінде ауызша хабарламаларды қауіпсіз беру қағидаттарын сақтайды (мысалы, ультрадыбыстық диагностика дәрігері тексеру жүргізгенде және пациент ағзаларының сипаттамасын жазу үшін мейірбикеге айтқанда) (осы Стандарттың 56-тармағының 1-тармақшасын қарау)	III
2)	Контрасты заттарды енгізер алдында пациент аллергиялардың және қажетті зертханалық талдаулардың бар-жоғына тексеріледі. Аллергияның болмауы немесе болуы туралы деректер, қажетті зертханалық зерттеулер құжатпен расталады	I
3)	Контрасты заттар өндіруші сипаттаған жағдайларда сақталады	I
4)	Шұғыл жағдайлар үшін дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдар жиынтығы (шокқа қарсы жиынтық, реанимациялық жиынтық) контрасты заттарды пайдаланатын диагностикалық рәсімдер кезінде қолжетімді. Персонал Көк код туралы хабардар (осы Стандарттың 86-тармағын қарау)	II
5)	Зерттеу жүргізу кезінде пациентпен жанасатын датчиктер мен аспаптар әрбір пациенттен кейін жабдық өндірушісінің нұсқауларына сәйкес дезинфекциялау құралдарымен өңделеді	III
88. Радиациялық қауіпсіздік. Инфекциялық бақылаумен және ғимараттың қауіпсіздігімен өзара байланысты радиациялық қауіпсіздік бағдарламасы енгізіледі және орындалады *		
1)	Сәулелік диагностика бөлімшесінің персоналы рентген-қорғаныш киімдерді кию, қорғаныш құрылғыларын пайдалану, жеке дозиметрлерді кию арқылы радиациядан қорғалады	I
2)	Радиологиялық қызметтің персоналы жұмысқа орналасу кезінде, жоспарлы тәртіппен жылына бір рет, радиациялық жабдыққа байланысты оқиғалар кезінде, жаңа жабдық алу кезінде және қажеттілігіне қарай радиациялық қауіпсіздік негіздеріне оқытылады **	III
3)	Әрбір екі жыл сайын барлық рентген-қорғаныш киімнің қорғаныш қасиеттерін тексеру жүргізіледі**	I
4)	Жылына бір рет рентген кабинеті мен компьютерлік томография кабинетінің емшара бөлмесімен аралас үй-жайларда және аумақта сәулелік диагностика көрсетуге жауапты персоналдың жұмыс орындарында сәулелену дозасының қуаттылығын өлшеу жүргізіледі	I
5)	Жеке дозиметрлерді бақылау тоқсан сайын жүргізіледі **	I
89. Радиологиялық жабдық және қауіпсіздік. Радиологиялық жабдық жұмыс күйінде ұсталады, пациенттер мен ортаның қауіпсіздігі қамтамасыз етіледі		
1)	Сәулелік диагностика бойынша барлық жабдықтар (рентген, компьютерлік томография, магниттік-резонанстық томография, ультрадыбыстық зерттеу) инспекцияланады, сүйемелденеді және калибрленеді (осы Стандарттың 41-тармағын қарау) Сәулелік диагностика бойынша жабдықтарды инспекциялау, сүйемелдеу және калибрлеу бойынша іс-әрекеттер құжатталады **	II
2)	Медициналық ұйымда жабдыққа қызмет көрсету жөніндегі мамандандырылған ұйымдармен орындалатын шарттар бар не штатында радиологиялық жабдықты жөндеу және оған қызмет көрсету жөніндегі қажетті біліктілігі бар сәулелік жабдыққа қызмет көрсету жөніндегі маман бар	II

3)	Қауіпсіздікке немесе радиациялық қауіпсіздікті сақтамауға байланысты оқиғалар хабарланады және оқиғалармен жұмыс нәтижелері бойынша түзету шаралары қабылданады (осы Стандарттың 22- тармағының 2 және 3) тармақшаларын; 5-тармағының 3) тармақшасын қарау)	II
4)	Соңғы тексеру немесе техникалық байқау күнін көрсете отырып, сәулелік диагностика бойынша барлық жабдықтардың тізімі жүргізіледі	III
5)	Жыл сайын радиациялық қауіпсіздікті бақылауды жүзеге асыратын тұлға ғимараттың қауіпсіздігі жөніндегі комиссияның отырысында радиациялық қауіпсіздік жөніндегі есеп береді.	III
90. Радиологияда сапаны бақылау. Радиологиялық зерттеулердің сапасына ішкі және сыртқы бақылау жүргізіледі		
1)	Автоматты түрде (құжаттама қажет етілмейді) немесе колмен жүргізілетін радиологиялық сапаны ішкі бақылау жүргізіледі **	II
2)	Жыл сайын сыртқы сарапшы қорытындыларды таңдамалы қайта тексеру жолымен сапаны сыртқы бақылауды жүргізеді («екінші оқылым», «рентенограммаларды қайта қарау», «дискіні қайта қарау»)**	II
3)	Күдікті, күрделі жағдайлар кезінде ұйым жүгіне алатын сыртқы сарапшылардың байланыс деректері көрсетілген тізімі болады («екінші оқылым»)**	III
4)	Сыртқы сарапшылардың білімі, біліктілігі құжат түрінде расталады	II
5)	Сапаны бақылау деректері қанағаттанарлықсыз болған жағдайда радиологияда жұмысты жақсарту бойынша шаралар қабылданады	II

6-параграф. Тіс техникалық зертханасы

№	Стандарт және өлшенетін өлшемшарттар	Ранг
91. Тіс техникалық зертхананың жұмысын ұйымдастыру. Тіс техникалық зертхананың қызметтері пациенттер үшін қолжетімді болып табылады және Қазақстан Республикасының заңнамалық актілеріне және кәсіби талаптарға сәйкес келеді		
1)	Медициналық ұйымның басшылығымен тіс техникалық зертханасының, оның ішінде шарт бойынша қосалқы мердігерлік ұйымдар көрсететін жұмыстарға бақылауды жүзеге асыратын білікті тұлға айқындалады.	II
2)	Стоматологиялық құрылымдарды дайындауға байланысты процестер (өтінім, сәйкестендіру, дайындау, жинау, өңдеу, тасымалдау, қалдықтарды кедеге жарату) медициналық ұйымда және Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген рәсімдерге сәйкес жүргізіледі *.	I
3)	Тіс техникалық зертхананың қызметкерлері тәуекелдерден жеке қорғаныс құралдары, арнайы киім, қорғаныс жабдықтары мен құрылғылары арқылы қорғалады.	II
4)	Тіс техникалық зертхананың барлық персоналы қауіпсіздікті сақтауға байланысты оқиғалардан кейін жылына бір рет жоспарлы түрде жұмысқа орналасу кезінде өндірістік және инфекциялық қауіпсіздік негіздеріне оқытылады**.	III
5)	Шарт бойынша қосалқы мердігерлік ұйымдар көрсететін тіс техникалық зертхананың қызметтері индикаторлар немесе шартта белгіленген талаптар арқылы мониторингтеледі **.	III
92. Сапаны бақылау. Көрсетілетін қызметтердің сапасына және тіс техникалық зертханасы жабдықтарының жұмысқа қабілеттілігіне үнемі бақылау жүргізіледі		
1)	Тіс техникалық зертханасының жұмыс сапасын бақылау медициналық ұйымда бекітілген рәсімдерге сәйкес жүргізіледі.	III

2) Тіс техникалық жабдықтар тексеріледі, қолдау көрсетіледі, калибрленеді және бұл әрекеттер құжатталады (осы Стандарттың 41-тармағын қараңыз) **.	III
3) Тіс техникалық жабдыққа өндірушінің ұсыныстары бойынша жасалған белгіленген кестеге сәйкес қызмет көрсетіледі **.	III
4) Барлық қызметкерлер пайдаланатын тіс техникалық жабдықтарымен жұмыс істеуге үйретіледі* *.	III
5) Сапаны бақылаудың қанағаттанарлықсыз нәтижесі болған жағдайда медициналық ұйымда бекітілген рәсімдерге сәйкес түзету іс-шаралары жүргізіледі.	II

Ішкі рәсімдердің жазылуын талап ететін стандарт немесе өлшемшарт (ішкі нормативтік құжат) * белгімен белгіленеді

Кез келген басқа растайтын құжаттың болуын талап ететін стандарт немесе өлшемшарт ** белгісімен белгіленеді (мысалы, дәріске қатысушылардың тізімі, жұмыс жоспары, есеп журналы)

Қазақстан Республикасының нормативтік құқықтық актілеріне және құқықтық актілеріне негізделген стандарт немесе өлшемшарт *** белгімен белгіленеді

Стандарты аккредитации медицинских организаций, оказывающих стоматологическую помощь

Глава 1. Руководство

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг	Оценка Полное Частичное Несоответствие Не применим	Сильные стороны	Слабые стороны, требующие улучшения
1. Орган управления медицинской организации. Функции Органа управления (Наблюдательный Совет, Совет директоров, учредитель (учредители)) регламентированы и обеспечивают его участие в управлении медицинской организацией					
1)	Структура и функции Органа управления, включая делегированные первому руководителю (руководителям) медицинской организации полномочия, прописаны в Уставе (Положении) медицинской организации **.	III			

2)	Члены Органа управления медицинской организации избираются в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***.	III			
3)	Орган управления принимает участие в развитии медицинской организации и направлении ее деятельности путем утверждения или согласования стратегического плана и планов, связанных с бюджетом.	II			
4)	Медицинская организация ежеквартально предоставляет Органу управления отчеты о результатах основной деятельности, реализации плана мероприятий по непрерывному улучшению качества; как минимум раз в полгода предоставляет Органу управления отчеты о реализации плана по управлению рисками, а также отчеты комиссии по безопасности зданий **.	II			
5)	Органом управления утверждены критерии и ежегодно проводится оценка работы первого руководителя (руководителей) медицинской организации **. Орган управления оценивается вышестоящим органом здравоохранения или вышестоящим учредителем на ежегодной основе **. Орган управления, являющийся высшим уровнем управления медицинской организации, оценивает свою деятельность в виде ежегодной самооценки (включая случаи, когда Орган управления в частной организации представлен в единственном числе) **.	III			

2. Стратегическое и операционное планирование. Руководители медицинской организации осуществляют деятельность медицинской организации на основе установленных планов и задач

1)	В стратегическом плане медицинской организации излагаются миссия, видение, ценности, стратегические цели, задачи и индикаторы исполнения задач **. Миссия и видение медицинской организации являются доступными для ее персонала и населения.	III			
2)	На основании стратегического плана разрабатывается и утверждается годовой план (операционный план) медицинской организации с установленными индикаторами **.	III			
3)	Годовой план учитывает мероприятия клинических служб, финансовые планы, идентифицированные риски.	III			
4)	Ответственным лицом проводится свод и мониторинг исполнения мероприятий годового плана как минимум на ежеквартальной основе с последующим предоставлением руководству организации.	III			
5)	Руководители структурных подразделений как минимум ежеквартально отчитываются ответственному лицу о выполнении	II			

	поставленных задач и достижении желаемых результатов по индикаторам годового плана **.				
3. Организационная структура. Организационная структура представлена в виде схемы и обеспечивает необходимые позиции для реализации миссии медицинской организации.					
1)	Организационная структура представляется в виде схемы, отражает подотчетность и взаимосвязь структурных подразделений и руководства, а также существующих комиссий и (или) комитетов. Организационная структура утверждается руководством медицинской организации и доводится до сведения персонала организации **.	III			
2)	В организационной структуре указывается позиция, осуществляющая общее руководство медицинской организацией, и позиция (позиции), осуществляющая контроль лечебно-профилактической деятельности.	II			
3)	В организационной структуре указывается позиция, осуществляющая контроль сестринского ухода.	I			
4)	В организационной структуре указывается позиция, осуществляющая деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг. Ответственное лицо медицинской организации, осуществляющее деятельность по управлению качеством, ответственно за мониторинг плана по непрерывному улучшению качества, обладает необходимыми навыками и знаниями в области улучшения качества.	I			
5)	В организационной структуре указывается позиция, осуществляющая контроль эффективного управления финансовыми ресурсами, включая планирование, мониторинг и контроль.	III			
4. Этический кодекс. Определяются и соблюдаются этические нормы организации					
1)	В медицинской организации определяются этические нормы, регламентирующие правила поведения персонала при оказании медицинских услуг пациенту, а также при взаимодействии внутри коллектива.	III			
2)	В медицинской организации создана Этическая комиссия для рассмотрения этических вопросов, возникающих при оказании медицинской помощи, включая конфликтные решения, связанные с прекращением лечения, обоснованные жалобы, связанные с нарушением этического кодекса и норм медицинской организации **. При рассмотрении конфликтных решений, связанных с лечением, Этическая комиссия включает специалистов из соответствующих и смежных областей медицины, если они изначально не включены в	III			

	состав Этической комиссии, а также пациента и (или) его представителя.				
3)	В медицинской организации внедрены процессы выявления, своевременного анализа и принятия мер по этическим вопросам, включающие взаимодействие в коллективе (такие случаи как насилие, домогательства, травля), (смотреть подпункты 1), 3) пункта 5 настоящего Стандарта), другие ситуации в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан ***. Этическая комиссия или иная комиссия принимает участие в разборе вышеупомянутых случаев **.	II			
4)	Персонал медицинской организации проходит обучение по вопросам норм Этического кодекса в медицинской организации **. Обучение включает процедуру прямого уведомления Органа управления и (или) уполномоченные органы персоналом о случаях бездействия в ответ на инциденты (оказание давления, домогательства, преследование).	II			
5)	Процедуры анализа и принятия мер по этическим вопросам проводятся в рамках установленных сроков **.	III			
5. Культура безопасности (некарательная обстановка в коллективе, при которой безопасность пациента ставится выше профессиональной солидарности). Руководство организации внедряет и поддерживает культуру безопасности, поощряет выявление инцидентов и принимает системные меры по улучшению работы					
1)	В медицинской организации исполняются мероприятия, обеспечивающие реализацию «культуры безопасности». Клинический персонал осведомлен о некарательной системе, обеспечивающей заполнение и регистрацию инцидентов без риска быть наказанным, а также знает определения: «потенциальная ошибка», «ошибка», «экстремальное событие».	I			
2)	В медицинской организации внедрен процесс обеспечения страхования (гарантирования) профессиональной ответственности медицинских работников, выполняющих процедуры и операции высокого риска (с высоким риском судебных исков) **.	I			
3)	Внедрен процесс регистрации и оповещения об инцидентах (задокументированный случай потенциальной ошибки, ошибки, экстремального события) в соответствии с процедурами, утвержденными в медицинской организации *.	I			

4)	В медицинской организации определены лица (лицо), ответственные за мониторинг и управление инцидентами, включая контроль по изучению первопричин инцидента, а также обучение персонала управлению инцидентами.	II			
5)	Исполняется механизм изучения инцидентов, обеспечивающий идентификацию первопричин инцидента и их системное решение в целях улучшения качества процессов и услуг, включая коммуникацию со стороной, пострадавшей в ходе инцидента **.	I			
6. Индикаторы и план по улучшению качества. Реализуются мероприятия по мониторингу индикаторов качества и исполнения плана по непрерывному улучшению качества					
1)	Медицинская организация контролирует исполнение индикаторов внутренней деятельности согласно национальному законодательству Республики Казахстан (далее – индикаторы внутренней экспертизы), а также индикаторов повышения качества, требуемых стандартами аккредитации (индикаторы системы инфекционного контроля, системы управления лекарственными средствами, безопасности пациентов, далее – индикаторы аккредитации). Показатели по достижению индикаторов внутренней экспертизы и индикаторов аккредитации включаются в квартальные отчеты медицинской организации об основной деятельности **.	I			
2)	Индикаторы внутренней экспертизы и индикаторы аккредитации измеримы: разрабатываются формулы расчета (с определенным числителем и знаменателем, если применимо), определяются желаемые пороговые значения; проводится сбор данных и анализ индикаторов **.	II			
3)	Руководством медицинской организации определены приоритетные индикаторы из числа индикаторов внутренней экспертизы и индикаторов аккредитации, соблюдение и достижение пороговых значений которых первостепенно для медицинской организации. Для достижения пороговых значений и задач приоритетных индикаторов, а также других мероприятий по улучшению качества, определенных руководством, медицинская организация разрабатывает план по непрерывному улучшению качества.	I			
4)	План по непрерывному улучшению качества отражает: наименование мероприятия (мероприятий) по улучшению; цель мероприятия (мероприятий); необходимые действия по достижению цели;	I			

	ответственных лиц; временные рамки. План по улучшению качества является отдельным документом либо частью операционного плана, который обновляется и дополняется на постоянной основе и доводится до сведения заинтересованных сторон (лиц, задействованных и (или) заинтересованных в реализации мероприятия (мероприятий) плана).				
5)	Бюджет медицинской организации учитывает расходы, необходимые для реализаций плана мероприятий по непрерывному улучшению качества медицинских услуг и мероприятий по управлению рисками.	II			
7. Управление качеством. В медицинской организации реализуются мероприятия по контролю качества					
1)	Руководством медицинской организации совместно с руководителями структурных подразделений и персоналом применяются инструменты улучшения качества (например, «цикл PDCA», «диаграмма Исикавы» и другие инструменты) в мероприятиях по непрерывному улучшению качества.	II			
2)	В документе по непрерывному улучшению качества медицинских услуг дается определение термина «экстремальное событие». Экстремальное событие подлежит обязательному расследованию, и о его результатах информируются руководство медицинской организации, заинтересованные стороны, а также высшее руководство медицинской организации (в квартальном отчете, с указанием принятых мер) **.	III			
3)	Проводится анкетирование удовлетворенности пациентов или опыта пациента. Результаты анкетирования учитываются при разработке мер по повышению качества медицинских услуг *. Анкетирование опыта пациента подразумевает получение от пациента объективных ответов на вопросы по соблюдению персоналом действий, регламентированных правилами медицинской организации и стандартами аккредитации (например, объяснили ли вам содержание специального информированного согласия, задавали ли вам вопрос, когда вы падали в последний раз, действие назначенного лекарственного средства, обрабатывал ли врач руки перед осмотром).	II			
4)	На заседаниях соответствующих комиссий проводится разбор сложных клинических случаев, результаты которого применяются для улучшения клинической деятельности.	II			

5)	Проводится клинический аудит медицинских карт стоматологического пациента на предмет соблюдения протоколов диагностики и лечения, а также требований стандартов аккредитации. Методология клинического аудита определена в правилах медицинской организации, результаты клинического аудита используются при разработке мер по повышению качества медицинских услуг *.	I			
8. Управление рисками. Руководство медицинской организации обеспечивает внедрение программы по управлению рисками					
1)	Медицинская организация имеет утвержденную и исполняемую программу по управлению рисками, которая включает следующие элементы: цель и задачи документа; способ оценки рисков; реестр рисков и (или) план управления рисками с описанием мер, снижающих негативное влияние идентифицированных рисков; ответственные за управление риском, оценки риска, периодичность отчетности и мониторинга; утвержденное ответственное лицо, осуществляющее деятельность по управлению рисками; отчетность Органу управления по рискам; требования по обучению персонала; виды рисков (стратегические, клинические, эпидемиологические, финансовые, риски по функциональности здания и прочие риски); требование разработать действие на каждый значительный риск; требование информировать и коммуницировать с заинтересованными сторонами о рисках; ответственность персонала в реализации программы по управлению рисками *.	II			
2)	Реестр рисков и (или) план управления рисками учитывает клинические риски, связанные с оказанием медицинской помощи (например, идентификация и транспортировка биоматериалов), а также риски, связанные с предоставлением услуг высокого риска.	I			
3)	Руководители структурных подразделений и персонал медицинской организации осведомлены о возможных неблагоприятных событиях, которые могут возникнуть вследствие клинических, техногенных и организационных особенностей рабочих процессов (далее – риски) в своих подразделениях.	I			

4)	Медицинская организация проводит непрерывную оценку рисков. Источники информации о рисках: инциденты (потенциальные ошибки, ошибки, экстремальные события), медицинский персонал, наблюдения, обзор документации, пациенты и их законные представители **.	II			
5)	Медицинская организация принимает меры по полноценной реализации мероприятий плана управления рисками, снижению или устранению рисков (план может составляться, обновляться и корректироваться в течение года) **.	II			

9. Клинические протоколы. Руководители медицинской организации обеспечивают применение и внедрение медицинским персоналом клинических протоколов

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

10. Работа с населением. Медицинская организация открыта перед пациентами в вопросах обратной связи и способствует доступности оказываемых медицинских услуг для населения

АСQH

1)	Официальный сайт медицинской организации является доступным для населения и заинтересованных сторон, содержит основную информацию касательно оказываемых медицинских услуг, контактные данные, адреса, основные документы, доступные для разглашения и мероприятия по повышению «медицинской грамотности» населения **.	I			
2)	На сайте указана актуальная информация по графику врачей и рабочему времени самой медицинской организации **.	III			
3)	Медицинская организация ведет актуальные страницы в социальных сетях и обеспечивает обратную связь по жалобам и предложениям от населения.	III			
4)	Медицинская организация участвует в программах по обучению населения здоровому образу жизни и профилактике заболеваний **.	II			
5)	Медицинская организация своевременно публикует новостные мероприятия на официальном сайте.	III			

Глава 2. Управление ресурсами

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг	Оценка Полное Частичное Несоответствие Не применим	Сильные стороны	Слабые стороны, требующие улучшения
11. Управление финансами. Финансовые ресурсы медицинской организации используются эффективно для реализации плановых задач					
1)	Бюджет медицинской организации соответствует поставленным задачам стратегического и операционного (годового) планов работы (смотреть пункт 2 настоящего Стандарта).	III			
2)	Бюджет медицинской организации учитывает заявки руководителей подразделений с обоснованием.	III			
3)	Бюджет позволяет обеспечивать медицинскую организацию необходимыми ресурсами для осуществления деятельности и пересматривается в соответствии с процедурами, утвержденными	I			

	руководством медицинской организации (смотреть подпункт 4) пункта 26, подпункт 3) пункта 39, подпункт 3) пункта 56 настоящего Стандарта).				
4)	При оплате труда персонала медицинской организации на основе дифференцированной системы оплаты предусмотрены индикаторы для определения производительности труда персонала, утвержденные руководством медицинской организации в соответствии с законодательством Республики Казахстан *.	II			
5)	Внешний государственный аудит проводится в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***. В случае отсутствия государственного аудита в частных организациях, проводится внешний финансовый аудит.	I			
12. Ресурсы для управления информацией. Создаются надлежащие условия для обеспечения кибербезопасности, защиты данных пациентов и безопасного использования медицинских информационных систем.					
1)	В медицинской организации имеется достаточное количество технических средств и есть надежный доступ к сети интернет, обеспечивающие потребности сотрудников при работе с медицинской и административной информацией.	II			
2)	Медицинская организация применяет лицензионное программное обеспечение для обработки и хранения медицинских данных, соответствующее требованиям законодательства республики Казахстан.	II			
3)	Руководство медицинской организации обеспечивает доступ сотрудников к защищенной сети с использованием сертифицированных технологий шифрования и многофакторной аутентификации.	II			
4)	Медицинская организация реализует протоколы (процессы) управления доступом, включающие контроль за безопасностью рабочих станций, защиту сетевых подключений и мониторинг использования периферийных устройств.	II			
5)	В помещении архива обеспечивается безопасное хранение документации: защита от пожара и неавторизованного доступа. Документация хранится стандартизировано с возможностью идентификации периода или структурного подразделения, к которому относится документ.	II			
13. Защита информации и кибербезопасность. Руководство и сотрудники обеспечивают конфиденциальность, безопасность и целостность данных о здоровье пациента (медицинских данных).					
1)	В медицинской организации разработана и утверждена политика информационной безопасности, регламентирующая защиту	II			

	персональных данных и их конфиденциальность; использование медицинских информационных систем; сроки хранения и порядок уничтожения устаревших медицинских и немедицинских документов в электронном и в бумажном формате; а также порядок управления инцидентами, связанными с кибербезопасностью.*				
2)	В медицинской организации определены уровни доступа персонала к медицинским данным на основе их должностных обязанностей. Доступ к информационным системам на практике осуществляется через персональный логин и пароль сотрудника и многофакторную аутентификацию.	II			
3)	Медицинская организация использует медицинские информационные системы (МИС) и ведет мониторинг информационной безопасности, включающий возможность узнать дату и время доступа к МИС, имя пользователя, осуществившего доступ, и описание выполненных действий. Мониторинг информационной безопасности включает**: - ведение журнала или списка инцидентов по информационной безопасности; - ежегодную проверку информационных систем на уязвимость, проверку доступа к медицинским данным; анализ инцидентов по информационной безопасности с указанием мер по их устранению.	II			
4)	Руководство поддерживает осведомленность о кибербезопасности и цифровую грамотность персонала через обучение и информационные кампании. Обучение информационной безопасности, включает: - распознавание киберугроз и сообщение IT службе о подозрении на попытку взлома или фишинга; - работу с медицинскими информационными системами; - защиту данных пациентов (как обеспечить и чего нельзя допускать). Обучение проводится не реже одного раза в год **.	II			
5)	По итогам обучения по кибербезопасности и вопросам цифровой грамотности проводится проверка знаний в виде тестирования или практических задач с выдачей сертификата об обучении для тех, кто прошел пороговый уровень проверки знаний.	III			
14. Медицинская документация. Медицинская документация составляется своевременно и способствует преемственности медицинской помощи					
1)	В медицинских картах стоматологического пациента применяются формы медицинской документации согласно законодательству	II			

	Республики Казахстан и лучшим мировым практикам в соответствии с требованиями стандартов аккредитации ***.				
2)	Содержание медицинской карты стоматологического пациента стандартизируется в соответствии с процедурами, утвержденными в медицинской организации *.	II			
3)	Все лечебно-диагностические назначения, проведенные диагностические мероприятия, медикаментозная терапия, включая иные лечебные мероприятия, своевременно документируются в медицинской карте стоматологического пациента.	II			
4)	В медицинских картах стоматологического пациента используются аббревиатуры и символы из списка, утвержденного руководством медицинской организации. Записи в медицинских картах стоматологического пациента написаны и оформлены разборчиво *.	III			
5)	Каждая запись имеет автора (подпись и/или имя и фамилия) с указанием даты и времени.	II			
15. Внутренние правила и качество информации. Медицинская организация имеет систему разработки, утверждения и пересмотра внутренних планов, правил и процедур и обеспечивает высокое качество собираемой для анализа информации.					
1)	Организация имеет «правила о правилах»: порядок разработки, утверждения, и пересмотра внутренних планов, правил и процедур, регламентирующих ключевые направления клинической и административной работы *.	II			
2)	Руководство организации обеспечивает доступность для персонала информации о процедурах, действующих в организации, в электронном и (или) печатном формате, и сотрудники обучены их содержанию.	III			
3)	Проводится проверка достоверности (валидация) публикуемых и предоставляемых во внешние организации данных **.	III			
4)	Свод данных по индикаторам для включения в квартальные отчеты для руководства осуществляется ответственным работником (смотреть пункт 6 и подпункт 1) пункта 2 настоящего Стандарта) **.	III			
5)	Персонал, задействованный в оказании медицинских услуг, участвует в сборе данных по индикаторам.	III			
16. Штатное расписание. Штатное расписание соответствует организационной структуре, миссии и деятельности медицинской организации					
1)	Штатное расписание медицинской организации утверждается руководством медицинской организации в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***.	III			
2)	Штатное расписание составляется и пересматривается на плановой основе, на основании заявок руководителей структурных подразделений, на основании анализа соответствия штатного	III			

	расписания производственным нуждам и потребностям населения (определение уровня укомплектованности персоналом; необходимого уровня стажа и компетентности; расчет эффективной и рациональной структуры должностей персонала) ***.				
3)	В медицинской организации утверждаются и исполняются квалификационные требования к должностям в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***.	III			
4)	На каждый вид должности, включая слушателей резидентуры, руководством медицинской организации утверждается должностная инструкция с указанием квалификационных требований (образование, обучение, знания, навыки и опыт) и функций, специфичных для данной должности **. Для внештатных работников, совместителей и консультантов вышеупомянутые требования прописываются в договоре **. Договор с внештатными работниками, совместителями и консультантами хранится в отделе кадров.	III			
5)	Координация взаимодействия персонала структурных подразделений обеспечивается положениями о подразделениях (где указаны функции и услуги подразделений, а также подотчётность персонала), должностными инструкциями, правилами и процедурами организации.	III			
17. Управление человеческими ресурсами. В медицинской организации внедрен процесс эффективного управления человеческими ресурсами					
1)	Процедуры по поиску, инструктажу (ориентации) и адаптации персонала разрабатываются в соответствии с законодательством Республики Казахстан и внедряются в медицинской организации ***.	III			
2)	Персонал медицинской организации, а также специалисты, привлекаемые на договорной основе, соответствуют квалификационным требованиям должностной инструкции к занимаемой должности. Оригинал подписанной персоналом должностной инструкции имеется в кадровой службе.	III			
3)	Руководство медицинской организации создает условия для непрерывного обучения персонала медицинской организации (доступ в интернет, компьютеры, тренинговый класс, библиотека).	II			
4)	В медицинской организации определяются потребности персонала в обучении. Обучение персонала планируется, составляется список сотрудников, требующих прохождения обучения и (или) повышения квалификации, и планируется необходимый бюджет **.	II			

5)	Руководством разрабатываются и внедряются процедуры для мотивации персонала медицинской организации и укрепления корпоративного духа, проводится анкетирование персонала (смотреть подпункт 4) пункта 11 настоящего Стандарта).	II			
18. Личное дело персонала. Руководством медицинской организации установлен процесс формирования, хранения и обновления личных дел сотрудников, а также специалистов, привлекаемых на договорной основе					
1)	Личные дела сотрудников медицинской организации, а также специалистов, привлекаемых на договорной основе, хранятся в соответствии с утвержденными внутренними процедурами медицинской организации. Содержание личных дел стандартизировано.	III			
2)	Личные дела сотрудников, а также специалистов, привлекаемых на договорной основе и слушателей резидентуры, содержат сертификат специалиста (для врачей), сведения об образовании, трудовом стаже и квалификации	I			
3)	Личное дело каждого медицинского работника, а также специалистов, привлекаемых на договорной основе, содержит доказательство проверки подлинности у первоисточника документов об образовании работника, в соответствии с требованиями должностной инструкции.	I			
4)	Личное дело каждого медицинского работника, а также специалистов, привлекаемых на договорной основе, содержит результаты оценки деятельности персонала, проводимые один раз в год.	II			
5)	Личное дело каждого медицинского работника, а также специалистов, привлекаемых на договорной основе, содержит записи о проведении обучения на базе медицинской организации и вне организации. Если специалист, привлекаемый на договорной основе, исполняет обязанности договора удаленно или дистанционно, то записи об обучении на базе медицинской организации не обязательны (например, врач по специальности «лучевой диагностики», привлекаемый в рамках договора на «вторую читку»).	III			
19. Инструктаж. Медицинская организация проводит инструктаж каждого нового сотрудника, поступающего на работу, по различным направлениям медицинской организации и использует наглядные материалы для инструктажа (презентации и (или) видеоматериалы)					
1)	В медицинской организации разрабатываются и используются учебные материалы (презентации и (или) видеоматериалы) для проведения вводного инструктажа кадровой службой, который включает ознакомление с организацией, запрет на домогательства,	II			

	ответственность за соблюдение сохранности конфиденциальной информации о пациентах согласно законодательству Республики Казахстан ***.				
2)	Все штатные сотрудники, работники, привлекаемые на договорной основе, лица, обучающиеся на базе медицинской организации, проходят инструктаж и обучение для ознакомления с медицинской организацией, со своими должностными обязанностями (для сотрудников) и основными требованиями по безопасности и инфекционному контролю**. Ответственность за инструктаж обучающихся на базе медицинской организации может быть возложена на их кураторов.	III			
3)	Инструктаж персонала включает противопожарную безопасность, готовность к чрезвычайным ситуациям (землетрясения и наводнения, где применимо) и соблюдение правил техники безопасности на рабочем месте.	I			
4)	Инструктаж персонала медицинской организации включает вопросы инфекционного контроля.	I			
5)	Инструктаж персонала медицинской организации включает ознакомление с принципами культуры безопасности.	II			
20. Оценка клинических навыков. Проводится оценка знаний и клинических навыков клинического персонала, включая клинический персонал, привлекаемый на договорной основе, в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации					
1)	При трудоустройстве проводится оценка клинических навыков врача, и утверждается список его клинических привилегий (перечень операций и процедур высокого риска, выполнение которых разрешено врачу в данной медицинской организации).	II			
2)	При трудоустройстве проводится оценка навыков среднего медицинского персонала и утверждаются персональные списки компетенций в соответствии с процедурами медицинской организации.	II			
3)	При трудоустройстве проводится оценка навыков персонала параклинических структурных подразделений медицинской организации.	III			
4)	Один раз в три года или чаще проводится процедура пересмотра клинических привилегий врача с учетом оценки деятельности врача, его текущей квалификации (знаний, образования, навыков и опыта), исходов лечения, в том числе неблагоприятных исходов, и других сведений *. При несоответствии компетентности врача требованиям должностной инструкции, показателям работы или уровню	II			

	квалификации, рассматривается вопрос отстранения врача от клинической практики в данной организации (ограничение привилегий) или направление на обучение или менторство, либо расторжение договора в случае, если врач привлекается на договорной основе.				
5)	В медицинской организации ежегодно проводится переоценка компетенций персонала, параклинических структурных подразделений и средних медицинских работников.	III			
21. Ежегодная оценка персонала. Один раз в год проводится оценка работы медицинского персонала, в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации					
1)	Утверждаются процедуры оценки и форма оценки медицинских работников. Форма оценки врача клинической специальности (врач, который проводит осмотр или лечение пациента) включает критерии: 1) лечение и уход (врач оказывает эффективную и целесообразную медицинскую помощь); 2) клинические знания (врач владеет нужными знаниями, применяет эти знания в работе); 3) повышение квалификации (врач улучшает свою клиническую практику и знания); 4) личные качества и коммуникабельность (врач поддерживает профессиональные взаимоотношения с пациентами и коллегами); 5) этическая практика (врач относится к пациенту с состраданием, с равным уважением к пациентам из разных социальных и культурных слоев); 6) системное мышление (врач проявляет активность и гибкость в использовании нужных ресурсов); 7) бережливое отношение к ресурсам (врач целесообразно и своевременно назначает лекарственные средства, исследования, консультации).	III			
2)	При оценке врачей, среднего медицинского персонала и других работников, перечень которых определен медицинской организацией, учитываются установленные показатели работы (индикаторы деятельности), и эти показатели содержатся в личных делах.	II			
3)	Заполненная форма оценки персонала хранится в личном деле. Сотрудник организации ознакомлен с результатами оценки его работы.	III			

4)	На основании результатов оценки определяется соответствие сотрудника занимаемой должности согласно требованиям законодательства Республики Казахстан ***.	III			
5)	Проводится оценка профессиональных компетенций персонала (смотреть пункт 20 настоящего Стандарта).	II			
22. Здоровье и безопасность персонала. Здоровье и безопасность персонала медицинской организации поддерживаются в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***					
1)	Медицинская организация предоставляет (или обеспечивает) персоналу идентификационные бейджи, необходимую защитную одежду, средства индивидуальной защиты и защитное оборудование (включая средства для радиационной безопасности).	I			
2)	Медицинская организация проводит оценку безопасности рабочих мест в соответствии с законодательством Республики Казахстан и обеспечивает безопасные условия труда, предотвращающие физические и технические причины травматизма (профилактика падений, мероприятия по защите от удара током, использование алгоритмов и необходимого оборудования по переносу пациентов и тяжелых предметов с целью сохранности здоровья опорно-двигательного аппарата задействованного персонала, защита от воздействия высокого уровня шума). Правила организации, опрос кадровой службы или другие документы подтверждают, что случаи производственного травматизма и другие подлежащие отчетности сведения 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 для предотвращения биологических и химических причин травматизма (вакцинация, алгоритмы безопасности при уколе иглой или стоматологическим инструментом, защита от воздействия токсикологических лекарственных средств). Правила организации, опрос кадровой службы или другие документы подтверждают, что случаи производственного травматизма и другие подлежащие отчетности сведения сообщаются в уполномоченные органы и расследуются руководством медицинской организации в рамках разбора инцидента (смотреть пункт 5 настоящего Стандарта).	II			

4)	Медицинская организация проводит мониторинг рабочей нагрузки, создает условия психологической поддержки и эмоциональной разрядки персонала для минимизации стресса и его контроля (антистрессовая комната, комната духовного уединения) *.	III			
5)	Медицинская организация создает условия и проводит мероприятия для персонала по продвижению здорового образа жизни (спортивные мероприятия, мероприятия, направленные против табакокурения) **.	II			

23. Контроль образовательного процесса студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации. Медицинская организация осуществляет контроль за обучением студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации в соответствии с утвержденными руководством медицинской организации процедурами

1)	Руководством медицинской организации разрабатываются и осуществляются процедуры контроля студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации *. Персонал, ответственный за обучение студентов, ознакомлен с данными процедурами **.	III			
2)	У кадровой службы имеется список ответственных лиц (из числа сотрудников кафедры и (или) преподавателей), ответственных за осуществление контроля образовательного процесса на базе медицинской организации **.	III			
3)	Лица, ответственные за осуществление контроля образовательного процесса на базе медицинской организации, имеют списки обучающихся с подписями проведенного инструктажа по вопросам соблюдения конфиденциальности, инфекционной и пожарной безопасности **.	III			
4)	Для студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации, определяется уровень самостоятельности в оказании медицинской помощи (что делать под наблюдением, а что самостоятельно), описанный в инструктаже **.	II			
5)	Студенты, слушатели резидентуры, другие лица, обучающиеся на базе медицинской организации, проходят инструктаж с целью обеспечения безопасности пациентов (гигиена рук, применение средств индивидуальной защиты) **. Инструктаж проводится лицами, ответственными за осуществление контроля образовательного процесса на базе медицинской организации, или профильными специалистами (эпидемиолог, ответственный за безопасность здания).	II			

24. Мониторинг договоров. Руководители медицинской организации контролируют качество предоставляемых по договору услуг и товаров

АСQH

1)	Руководителем медицинской организации определяются лица, ответственные за курацию договоров о закупке товаров или услуг для медицинской организации.	II			
2)	В медицинской организации реализуется механизм отчетности по договорам со стороны получателей услуг и товаров лицу, ответственному за курацию договоров (например, заведующий лабораторией дает оценку исполнения договора по полученным реагентам лицу, ответственному за курацию договоров) *.	I			
3)	К каждому договору или технической спецификации к договору прописываются требования, а для договоров, влияющих на безопасность пациента, дополнительно определяются индикаторы, на основании которых медицинская организация проводит мониторинг договора и оценку качества услуг или товаров поставщика, и принимаются управленческие решения **.	II			
4)	Ведется перечень всех договоров с внешними организациями или лицами, задействованных в оказании медицинских услуг пациентам, включая диагностические, лечебные, консультативные и другие услуги.	III			
5)	Существует механизм подотчетности и коммуникации с внешними организациями или лицами, задействованными в оказании медицинских услуг пациентам, включая диагностические, лечебные, консультативные и другие услуги для координации и оценки оказываемых услуг.	III			

Глава 3. Управление безопасностью

Параграф 1. Инфекционный контроль

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг	Оценка Полное Частичное Несоответствие Не применим	Сильные стороны	Слабые стороны, требующие улучшения
25. Мероприятия по инфекционному контролю. Мероприятия по инфекционному контролю определены и исполняются ответственным персоналом медицинской организации					
1)	Руководством медицинской организации или комиссией по инфекционному контролю	I			

	разрабатывается и утверждается план работы (план мероприятий) по инфекционному контролю, включающий достижимые и измеримые мероприятия в целях снижения рисков инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (далее – ИСМП) **.				
2)	План работы (план мероприятий) по инфекционному контролю, включающий достижимые и измеримые мероприятия в целях снижения рисков ИСМП, исполняется, показатели плана контролируются и в случае необходимости принимаются меры по улучшению.	I			
3)	Медицинской организацией определены эпидемиологические риски и (или) риски ИСМП, а также план мероприятий по их устранению.	II			
4)	В структуре медицинской организации определено квалифицированное лицо, отвечающее за курацию мероприятий, связанных с инфекционной и эпидемиологической безопасностью, а также за своевременное предоставление результатов инфекционного контроля в уполномоченный орган в области здравоохранения.	II			
5)	Не реже одного раза в квартал специалисты инфекционного контроля (члены комиссии инфекционного контроля) информируют персонал и руководство организации о результатах мониторинга индикаторов инфекционного контроля и о рекомендациях для улучшения деятельности медицинской организации по вопросам инфекционного контроля.	III			
26. Программа по инфекционному контролю. В медицинской организации разрабатывается и внедряется программа по инфекционному контролю					
1)	Программа по инфекционному контролю разрабатывается и внедряется в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***.	I			
2)	При разработке программы по инфекционному контролю учитываются рекомендации Всемирной организации здравоохранения или другие профессиональные признанные источники, основанные на доказательной медицине *.	II			

3)	Информация о выявленных инфекционных заболеваниях своевременно предоставляется в территориальные департаменты государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия 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 56).	I			
5)	Разработаны и исполняются превентивные меры по сохранению здоровья персонала, включая вакцинацию, предотвращение укола иглой или стоматологическим инструментом, оперативные мероприятия в случае укола иглой или стоматологическим инструментом или попадание биологических жидкостей пациента на слизистые оболочки или в кровеносную систему медицинского работника.	II			
27. Процедуры по инфекционному контролю. Процедуры инфекционного контроля обеспечивают защиту персонала и пациентов					
1)	В медицинской организации внедряются алгоритмы по стандартным мерам предосторожности, применению средств индивидуальной защиты, в том числе стоматологических защитных экранов и перчаток*. Средства индивидуальной защиты используются персоналом в соответствии с процедурами, утвержденными в медицинской организации.	II			
2)	В медицинской организации в наличии имеется достаточное количество средств индивидуальной защиты и установленных антисептиков (смотреть подпункт 4) пункта 26 настоящего Стандарта).	II			
3)	В местах обработки рук для персонала и пациентов установлены раковины с проточной холодной и горячей водой, мылом, антисептиками, салфетками или другими средствами для сушки рук (смотреть подпункт 4) пункта 26 настоящего Стандарта).	I			

4)	Одноразовые медицинские изделия утилизируются (исключается повторное использование) после использования в соответствии с процедурами, утвержденными в организации, и с требованиями законодательства Республики Казахстан *.	III			
5)	Для предотвращения инфицирования пациентов и персонала в результате ремонтно-строительных работ, осуществление ремонтных работ письменно согласуется с лицом, ответственным за инфекционный контроль в медицинской организации **.	III			
28. Дезинфекция, стерилизация и прачечная. Чистка (уборка), дезинфекция, стерилизация и обращение с бельем проводятся с минимизацией риска инфекций в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан ***					
1)	Персонал медицинской организации соблюдает требования законодательства в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Республике Казахстан по чистке (уборке), дезинфекции помещений и поверхностей.	I			
2)	Емкости (тары) с дезинфицирующими растворами промаркированы с указанием наименования, концентрации и даты разведения. Дата разведения не превышает рекомендаций, указанных в инструкции к дезинфицирующему средству.	I			
3)	Дезинфекция и стерилизация медицинских изделий проводится с минимизацией риска инфекций, с соблюдением поточности процесса от «грязной» к «чистой» зоне. Персонал соблюдает этапность проведения стерилизации (сбор, транспортировка, учет, укладка, предстерилизационная очистка, стерилизация, упаковка, маркировка, доставка, хранение инструментов) *.	I			
4)	Качество предстерилизационной очистки и стерилизации контролируется с применением химических и (или) биологических индикаторов **. Внедрен процесс идентификации стерильных и нестерильных биксов.	I			

5)	Обращение с чистым и грязным бельем, стирка белья проводится с минимизацией риска кросс-инфекции. Персонал соблюдает процедуры по обращению с бельем (сбор, транспортировка, передача, стирка, глажка, учет, раздача, применение) ***.	I			
29. Медицинские отходы. Организация обеспечивает безопасное обращение с отходами					
1)	В медицинской организации внедряется процедура по безопасному обращению с медицинскими отходами, включая обращение с острыми, колющими и режущими медицинскими изделиями, классификация всех отходов, образуемых в медицинской организации, а также их своевременная утилизация.	I			
2)	Помещение для централизованного сбора медицинских отходов соответствует требованиям законодательства Республики Казахстан *** (для медицинских организаций с количеством посещений более 50 в смену – вытяжная вентиляция с механическим побуждением, соблюдается температурный режим, установлена раковина с подводкой горячей и холодной воды, установка для обеззараживания воздуха, антисептик для рук, используются закрытые мусорные контейнеры для сбора пакетов с медицинскими отходами, стеллажи, весы).	II			
3)	Медицинские отходы утилизируются безопасным образом в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***. Острые, колющие и режущие медицинские отходы и предметы утилизируются в специальные водонепроницаемые и непрокальваемые одноразовые емкости, заполняемые не более чем на три четверти объема, и по заполнению плотно закрываемые крышкой.	I			
4)	Остатки и компоненты крови, биологические жидкости, ткани организма хранятся и	I			

	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.				
5)	Медицинский персонал обучается процедурам по обращению с медицинскими отходами, регламентированным законодательством Республики Казахстан, и соблюдает их на практике **.	II			
30. Фильтр. В медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (далее – ПМСП) прикрепленному населению, обеспечены условия для разделения потоков пациентов, имеющих и не имеющих признаки заразных инфекционных заболеваний, согласно законодательству в области санитарно-эпидемиологических требований Республики Казахстан ***					
1)	В медицинских организациях, оказывающих ПМСП прикрепленному населению, организована «грязная» и «чистая» зоны, где фильтр относится к «грязной зоне», а все остальные помещения организации относятся к «чистой» зоне. Фильтр оборудован отдельным входом и (или) выходом.	I			
2)	В организациях ПМСП обеспечивается использование санпропускников с разделением на 2 потока: 1) из «чистой» зоны в «грязную» при входе; 2) из «грязной зоны» в «чистую» при выходе; «чистая» зона включает раздевалку, комнату выдачи средств индивидуальной защиты (далее – СИЗ); «грязная» зона включает в себя комнату снятия и сбора СИЗ.	I			
3)	Санпропускники, фильтры и изолятор оснащены в необходимом количестве СИЗ, средствами для мытья и обработки рук: антисептиками, мылом, средствами для сушки рук, раковиной с подводом горячей и холодной воды, мусорной урной, оснащенной педалью, а также визуальным знаком,	I			

	информирующим персонал и посетителей о риске инфекционного заражения.				
4)	Персонал медицинской организации осведомлён о процедурах и алгоритмах по изоляции инфекционных пациентов.	I			
5)	После каждого пациента проводится заключительная дезинфекция рабочих поверхностей и помещений «грязной» зоны. Контаминированные СИЗ одноразового использования не дезинфицируются; утилизируются. Проводится кварцевание с последующим проветриванием помещений не менее 15 минут.	I			
31. Обучение персонала по вопросам инфекционного контроля. Медицинская организация проводит непрерывное обучение персонала инфекционному контролю					
1)	Ежегодно весь персонал медицинской организации проходит обучение по вопросам инфекционного контроля **.	III			
2)	При приеме нового сотрудника, ответственного за непосредственное обеспечение эпидемиологической и инфекционной безопасности (персонал, отвечающий за процессы стерилизации, стирки белья, утилизации медицинских отходов, персонал хирургического блока и медицинские сестры режимных кабинетов), сотрудник проходит инструктаж по вопросам инфекционного контроля и демонстрирует осведомленность в вопросах инфекционного контроля, входящих в зону его профессиональной ответственности.	II			
3)	Дополнительное обучение по инфекционному контролю проводится для студентов, (в том числе стоматологических специальностей), слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации, и сотрудников аутсорсинговых компаний.	II			
4)	Пациентам и их законным представителям доступна информация о правильной гигиене рук, этикете кашля и чихания и (или) других вопросах	III			

	инфекционного контроля (например, на экранах телевизоров в холлах ожидания, буклетах, стендах и других средствах коммуникации).				
5)	В случае ухудшения показателей индикаторов мониторинга инфекционного контроля, в медицинской организации проводится дополнительное обучение медицинского персонала по вопросам инфекционного контроля.	II			
32. Готовность к эпидемиям и пандемиям. Медицинская организация, оказывающая ПМСП, готова к необходимым ответным действиям, обеспечивающим базовые принципы защиты населения и персонала при эпидемиях или пандемии					
1)	Медицинская организация имеет план перепрофилирования в случае возникновения эпидемий или пандемий (определение зон, подлежащих «грязной» и «чистой» зоне, определение зон санитарного пропускника, определение зон снятия и надевания СИЗ и другие мероприятия).	II			
2)	Через официальный сайт медицинской организации обслуживаемое население и персонал имеют доступ к информации по использованию приложений или программ для удаленных консультаций пациентов медицинским персоналом (например программы, обеспечивающие видео-коммуникацию). Критерий оценивается при карантинных условиях во время эпидемий и пандемий.	II			
3)	Ответственным лицом (лицами) проводится мониторинг соблюдения персоналом стандартных мер предосторожности и правильного применения СИЗ и при необходимости обеспечение механизмов их совершенствования. Проводится температурный мониторинг всех лиц, входящих в медицинскую организацию.	II			
4)	Медицинская организация обучает пациентов правильному соблюдению гигиены рук, респираторному этикету, соблюдению физической дистанции и другим стандартным мерам предосторожности. Медицинская организация информирует пациентов и прикрепленное	II			

АСQH

	население о признаках инфекционного заболевания, являющегося причиной эпидемиологической вспышки. Критерий оценивается при карантинных условиях во время эпидемий и пандемий.				
5)	Медицинская организация имеет необходимый запас СИЗ и средств для гигиены рук или имеет договор на их незамедлительную поставку в случае возникновения карантинных условий.	II			

Параграф 2. Безопасность здания

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг	Оценка Полное Частичное Несоответствие Не применим	Сильные стороны	Слабые стороны, требующие улучшения
33. Комиссия по безопасности зданий. В медицинской организации внедряется Программа по безопасности зданий, выполнение которой координирует Комиссия по безопасности зданий					
1)	Создается и работает Комиссия по безопасности зданий, которая координирует действия по поддержанию безопасности зданий и окружающей среды **.	II			
2)	Программа по безопасности зданий разрабатывается и осуществляется на основе законодательства Республики Казахстан и включает разделы: безопасность окружающей среды и система охраны, пожарная безопасность, готовность к чрезвычайным ситуациям, обращение с опасными материалами, медицинское оборудование, коммунальные (инженерные) системы *.	III			
3)	Руководством медицинской организации определены и исполняются ключевые мероприятия по улучшению безопасности зданий. Ключевые мероприятия по улучшению	I			

	безопасности зданий пересматриваются и определяются ежегодно.				
4)	Ежеквартально руководитель медицинской организации получает отчет от Комиссии по безопасности здания или лица, ответственного за выполнение Программы по безопасности зданий, с указанием проведенных ключевых работ и существующих проблем (рисков) безопасности зданий и окружающей среды **.	II			
5)	Руководитель медицинской организации раз в полгода направляет в Орган управления медицинской организации отчет о выполнении Программы по безопасности зданий с указанием проведенных ключевых работ и существующих проблем (рисков) безопасности зданий и окружающей среды. В случае, если Орган управления и руководитель медицинской организации являются одним лицом, отчет предоставляет Комиссия по безопасности здания или лицо, ответственное за выполнение Программы по безопасности зданий **.	III			

34. Безопасность здания и окружающей среды. Здание (я) и территория медицинской организации обеспечивают безопасное предоставление медицинских услуг

1)	Состояние здания (й) и территории медицинской организации соответствуют требованиям законодательства Республики Казахстан ***.	I			
2)	Комиссия по безопасности зданий ежеквартально инспектирует (тестирует) здания и помещения, инженерные системы и оборудование с последующим документированием результатов проведенной инспекции и дефектных актов. По результатам инспекций проводятся работы по исправлению.	III			
3)	Инженерные системы, медицинское оборудование и прочие предметы инфраструктуры регулярно обновляются и поддерживаются на безопасном уровне.	III			
4)	Как минимум в течение последних 5 лет здания и помещения проходят текущей и плановый ремонт	I			

	или запланирован бюджет для прохождения текущего и планового ремонта с указанием срока освоения, составлением проектно-сметной документации.				
5)	При обнаружении значительных рисков для персонала, пациентов, посетителей или для окружающей среды, руководство медицинской организации предпринимает надлежащие действия по выделению средств, информированию заинтересованных сторон и снижению выявленных рисков.	I			
35. Окружающая среда пациента. Окружающая среда пациента является безопасной и комфортной для его пребывания и получения медицинской помощи					
1)	Полы и напольные покрытия медицинской организации безопасны и не подвергают пациентов, посетителей и персонал риску падений и травм в результате падений.	II			
2)	Стены и потолки в коридорах, помещениях, палатах, смотровых и процедурных кабинетах не имеют повреждений, пятен и дефектов, представляющих эпидемиологические риски, а также риски, связанные с износом конструкций здания.	II			
3)	Медицинское белье и стоматологические кресла и кушетки способствуют комфортному и безопасному пребыванию пациентов.	II			
4)	Туалеты и санитарные узлы обеспечивают приватное пребывание пациента и посетителей, укомплектованы и оборудованы средствами для гигиены.	II			
5)	В зонах ожидания пациентов (общих коридорах) в организациях с более 150 посещений в смену присутствует приточно-вытяжная вентиляция с механическим побуждением, обеспечивающая оптимальные условия микроклимата и воздушной среды.	II			
36. Охрана и защита. Обеспечивается охрана и защита здания и территории медицинской организации (смотреть подпункт 2) пункта 33 настоящего Стандарта) *					
1)	Медицинский персонал, внештатные и контрактные работники, слушатели резидентуры	III			

АСQH

	идентифицируются в соответствии с процедурами медицинской организации (смотреть подпункт 1) пункта 22 настоящего Стандарта).				
2)	Сотрудниками охранной службы проводится мониторинг (видеонаблюдение и обход) здания и территории с целью охраны и защиты.	II			
3)	Документируются обход (инспекция) здания и передача дежурств между сотрудниками охранной службы **.	III			
4)	Ограничивается вход посторонних лиц в дневной стационар и режимные помещения (зоны контроля инженерных, коммунальных систем и другие подразделения).	I			
5)	Сотрудники охранной службы и персонал обучаются стандартизированным действиям при кодах безопасности (слаженные мероприятия персонала, обеспечивающие спасение пациента(ов), персонала и посетителей) **: Код синий – мероприятия персонала по оказанию своевременной реанимационной помощи при остановке сердца, дыхания, судорожном синдроме. Код красный – мероприятия персонала по оповещению и тушению пожара, эвакуации пациентов и посетителей. Код розовый – оперативный поиск потерявшихся детей и престарелых в здании и на территории медицинской организации. Код белый – оперативная защита персонала и пациентов от агрессивных пациентов. Код черный – меры реагирования при угрозе теракта.	I			
37. Пожарная безопасность. Внедряется программа по снижению пожарного риска и задымления в здании (ях) в соответствии с законодательством Республики Казахстан (смотреть подпункт 2) пункта 33 настоящего Стандарта) ***					
1)	Функционирует система раннего выявления пожара, в наличии исправные средства для пожаротушения, которые регулярно инспектируются и при необходимости обновляются.	I			

АСQH

2)	Инспекция, тестирование и поддержание средств и систем для раннего выявления и тушения пожара документируются **.	I			
3)	Для безопасной эвакуации из здания при пожаре и других чрезвычайных ситуациях пути эвакуации поддерживаются в свободном состоянии. В наличии имеются информационные и указательные знаки (указатели выхода, размещения пожарного инвентаря и гидрантов), схемы эвакуации, с указанием знака, где расположена схема эвакуации на карте эвакуации (знак «Вы здесь», который может быть наклеен или обозначен ответственным персоналом на схему эвакуации).	II			
4)	Персонал демонстрирует знания по соблюдению алгоритмов действий при пожаре, включая использование огнетушителей, эвакуацию, правила по использованию пожарных гидрантов, правила отключения кислорода.	I			
5)	С персоналом медицинской организации ежегодно проводятся практические учения по действиям при пожаре и задымлении (смотреть подпункты 2) и 3) пункта 38 настоящего Стандарта) **.	II			

38. Обучение персонала пожарной безопасности и безопасности зданий. Проводится обучение персонала медицинской организации для поддержания безопасности зданий и окружающей среды

1)	Ответственные лица (например, старшие сестры и инженер ГО и ЧС) осведомлены о расположении огнеопасных материалов, а также обучены правилам и требованиям по их хранению и обращению.	II			
2)	Персонал обучается и демонстрирует действия, выполняемые при пожаре, включая сообщение о пожаре, навыки применения огнетушителя (при трудоустройстве и далее не реже одного раза в полугодие).	I			
3)	Персонал обучается и демонстрирует знания по вопросам эвакуации пациентов, информирован о расположении пожарных выходов, правилах	II			

	использования пожарных гидрантов, правилах отключения кислорода.				
4)	Специалисты, привлекаемые на договорной основе, резиденты, интерны и арендаторы помещений обучаются и осведомлены о правилах пожарной безопасности (расположение пожарных выходов, огнетушителей, эвакуация пациентов) и демонстрируют навыки использования огнетушителей.	III			
5)	Определено лицо, ответственное за проведение инструктажа и плановое обучение по пожарной безопасности. Инструктаж и плановое обучение исполняются **.	I			

39. Другие чрезвычайные ситуации. Внедряется программа по снижению риска прочих чрезвычайных ситуаций (смотреть подпункт 2) пункта 33 настоящего Стандарта) *

1)	Медицинская организация определяет значимый (значимые) вид (виды) чрезвычайных ситуаций, которые могут произойти в медицинской организации или на ее территории, и определяет степень готовности к данной чрезвычайной ситуации **.	III			
2)	На основе степени готовности к чрезвычайным ситуациям в годовом плане мероприятий определяются приоритетные направления работы **.	III			
3)	Выделяются ресурсы для улучшения готовности организации к чрезвычайным ситуациям.	III			
4)	В медицинской организации разрабатывается план действий при чрезвычайной (чрезвычайных) ситуации (ситуациях), которая может произойти на территории организации или в ее регионе (например, землетрясение, наводнение, ураганы, пожары, производственный травматизм в предприятии, обслуживаемом медицинской организацией). Раз в год проходят практические учения согласно плану действий при чрезвычайной ситуации **.	III			
5)	По окончании практических учений по действиям при чрезвычайных ситуациях проводится анализ	III			

	результатов проведенного обучения с разработкой плана мероприятий по устранению несоответствий и поддержке непрерывного улучшения **.				
40. Опасные материалы и небιологические отходы. Обращение с опасными материалами и небιологическими отходами осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан, и обеспечивается безопасность людей и окружающей среды ***					
1)	В медицинской организации определяется список опасных материалов и химических веществ (радиоактивные диагностические материалы, радиотерапевтические материалы, горючие газы, спирт в больших объемах в одной емкости) с указанием названий (состава), мер предосторожности, мест хранения и применимых для маркировки предупреждающих знаков.	II			
2)	Прописываются и исполняются требования к обращению с опасными материалами, включая их маркировку, хранение, ношение защитных средств при работе, транспортировке, утилизации *.	II			
3)	Все опасные материалы и отходы маркируются с указанием названия (состава), срока годности (если применимо) и применимых предупреждающих знаков.	II			
4)	В местах применения опасных материалов имеется доступная информация о мерах предосторожности в виде информационных знаков.	II			
5)	Определены ответственные лица по обращению с опасными материалами и немедицинскими отходами, соблюдающие установленные требования по обращению с опасными материалами и немедицинскими отходами. Персонал, работающий с опасными материалами и химическими веществами, обучается ответственными лицами алгоритмам по сбору данных материалов и отходов в случае их разлива или рассыпания **. (Данный критерий и стандарт не относится к разливу биологических жидкостей, таких как моча, кровь и др.).	I			

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

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

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

1)	Руководством медицинской организации определяется и исполняется порядок и частота инспекций, тестирования и поддержания коммунальных и инженерных систем *.	III			
----	---	-----	--	--	--

АСQH

2)	Функционирование коммунальных и инженерных систем контролируется, поддерживается и улучшается**.	III			
3)	Раз в год проводится полная очистка системы устройств, отвечающих за создание и автоматическое поддержание в закрытых помещениях температурных параметров (кондиционеров).	I			
4)	Ответственными лицами медицинской организации проводится мониторинг системы вентиляции с документированием результатов проведенного мониторинга. Для предупреждения пылевого загрязнения в системе вентиляции устанавливаются фильтры, которые меняются с частотой согласно рекомендации производителя. В случае если использование фильтров в системе вентиляции не применимо, то установлены и проверяются на периодичной основе защитные сетки. Фильтры кондиционеров меняются или очищаются согласно рекомендациям производителя.	II			
5)	Коммунальные и инженерные системы, регулирующие и отвечающие за общее обеспечение, маркируются для облегчения частичного или полного отключения при чрезвычайных ситуациях.	III			
43. Вода и электричество. В медицинской организации обеспечивается непрерывный доступ к воде и электричеству, включая их альтернативные источники					
1)	В медицинской организации питьевая вода и электричество являются доступными круглосуточно в любое время года.	I			
2)	В медицинской организации определяются зоны и услуги, для которых наиболее важно электроснабжение из альтернативного источника. Обеспечен доступ и (или) подключение альтернативного источника электроснабжения к выбранным зонам и услугам **.	III			

АСQH

3)	Альтернативные источники электроснабжения тестируются ежеквартально, имеется необходимый запас топлива для выработки электричества из альтернативного источника **.	III			
4)	Имеется договор об обеспечении организации привозной водой в случае отключения водоснабжения. Разработаны алгоритмы доставки привозной воды в места пользования **. Если альтернативным источником водоснабжения служит скважина, то микробиологическое и биохимическое качество воды подтверждается раз в полгода, с заключением эпидемиолога о применимости воды в качестве альтернативного источника водоснабжения.	III			
5)	Системы подвода воды стоматологических установок обрабатываются и тестируются в соответствии с рекомендациями производителя, все процедуры и результаты тестирования документируются **.	I			

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

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг	Оценка	Сильные стороны	Слабые стороны, требующие улучшения
			Полное Частичное Несоответствие Не применим		
44. Управление лекарственными средствами, медицинскими и стоматологическими изделиями и материалами. В медицинской организации обеспечивается безопасное обращение с лекарственными средствами, медицинскими и стоматологическими изделиями и материалами					
1)	Обращение с лекарственными средствами, медицинскими и стоматологическими изделиями и материалами осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***.	II			

АСQH

2)	Ежегодно проводится анализ системы управления оборотом лекарственных средств, медицинских и стоматологических изделий и материалов, включающий: планирование и закуп; хранение; врачебные назначения; приготовление или разведение; введение лекарственных средств и стоматологических материалов пациенту; мониторинг лечебного эффекта, процесс утилизации, отзыва, аудит назначений, мониторинг нежелательных эффектов, управление медикаментозными ошибками и оценку рисков (выявление проблем или зон высокого риска, связанных с использованием лекарственных средств, медицинских и стоматологических изделий и материалов) **.	II			
3)	Результаты анализа системы управления лекарственными средствами, медицинскими и стоматологическими изделиями и материалами докладываются руководству и коллективу; есть примеры принятых мер или проектов по улучшению работы.	II			
4)	Разрабатываются и исполняются процедуры, описывающие каждый этап управления лекарственными средствами, медицинскими и стоматологическими изделиями и материалами: планирование и закуп; хранение; врачебные назначения; приготовление или разведение; введение лекарственных средств и стоматологических материалов пациенту; мониторинг эффекта лекарственных средств и стоматологических материалов, процесс их утилизации, отзыва, аудит назначений, мониторинг нежелательных эффектов, управление медикаментозными ошибками *.	I			
5)	Создается и функционирует формулярная комиссия, рассматривающая вопросы управления лекарственными средствами, медицинскими и стоматологическими	I			

	изделиями и материалами, включая утверждение формулярного списка **.				
45. Хранение лекарственных средств, медицинских и стоматологических изделий и материалов. Лекарственные средства, медицинские и стоматологические изделия и материалы хранятся безопасно и надлежащим образом в соответствии с законодательством Республики Казахстан***					
1)	Все лекарственные средства, медицинские и стоматологические изделия и материалы хранятся с указанием названия (содержания) и установленными сроками годности. В помещениях хранения лекарственные средства хранятся 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, медицинские и стоматологические изделия и материалы хранятся с соблюдением температурного режима, влажности и прочих условий, в соответствии с требованиями к их хранению.	I			
3)	Наркотические и другие лекарственные средства, подлежащие строгому учету и контролю, хранятся в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***.	I			
4)	Внутренние правила медицинской организации и их исполнение обеспечивают сохранность лекарственных средств, медицинских и стоматологических изделий и материалов от утери и кражи.	II			
5)	Персоналом аптеки проводится контроль всех мест хранения лекарственных средств, медицинских и стоматологических изделий и материалов в медицинской организации для обеспечения условий хранения в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан **.	I			

46. Особые случаи обращения с лекарственными средствами, медицинскими и стоматологическими изделиями и материалами и их уничтожение. Прописываются особые случаи обращения с лекарственными средствами, медицинскими и стоматологическими изделиями и материалами и их уничтожение

1)	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется соблюдение порядка выявления и уничтожения лекарственных средств, медицинских и стоматологических изделий и материалов с истекшим сроком годности.	III			
2)	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется соблюдение порядка обращения лекарственных средств, медицинских и стоматологических изделий и материалов, приобретённых пациентом (личных, принесенных извне) *.	I			
3)	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется порядок обращения с наборами лекарственных средств и медицинских изделий для экстренных случаев (противошоковая укладка, противозидемическая укладка, реанимационный набор), включая их защиту от кражи и потери, своевременную проверку готовности набора и восполнение содержимого.	I			
4)	Наборы лекарственных средств и медицинских изделий для экстренных случаев хранятся вместе (или рядом) с утвержденными руководством алгоритмами по их применению в зависимости от вида экстренного случая (алгоритм действий при анафилактическом шоке, остановке сердца).	II			
5)	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется порядок обращения с опасными лекарственными средствами *.	I			

47. Назначение лекарственных средств. Прописывается процесс назначения лекарственных средств и проверки назначений лекарственных средств

1)	Утверждены и исполняются требования к назначению лекарственных средств, включая заполнение обязательной информации в листе	II			
----	--	----	--	--	--

АСQH

	назначений или рецепте: идентификация пациента; название лекарственного средства (международное непатентованное или торговое наименование); доза; путь введения; кратность; длительность курса *.				
2)	Врачебный и медсестринский персонал демонстрирует знание по требованиям к назначению лекарственных средств.	I			
3)	В медицинской организации выполняется процедура контроля правильности заполнения листов врачебных назначений или рецептов (смотреть подпункт 1) пункта 47 настоящего Стандарта).	I			
4)	Проводится проверка назначений лекарственных средств в текущих медицинских картах стоматологического пациента для выяснения обоснованности и полноты назначения (смотреть требования пункта 9 и пункта 50 настоящего Стандарта).	II			
5)	Установлены и соблюдаются алгоритмы, применяемые при устном назначении лекарственных средств в экстренных ситуациях и обеспечивающие принципы надежной передачи и приема информации (устное повторение услышанного назначения).	III			
48. Приготовление и введение лекарственных средств. Лекарственные средства готовятся в безопасной и чистой обстановке, введение лекарственных средств руководствуется принципами безопасности пациента					
1)	Процедурные кабинеты и (или) места разведения и приготовления лекарственных средств являются чистой и безопасной рабочей зоной.	III			
2)	Медицинский персонал следует алгоритмам и этапам гигиены рук при приготовлении и введении пациенту лекарственных средств.	III			
3)	Каждое лекарственное средство, введенное пациенту и принятое пациентом в медицинской организации, документируется в листе назначений (или ином документе) с указанием времени и автора записи **.	II			

4)	Безопасное введение лекарственных средств в медицинской организации обеспечивается проверкой правильности пяти пунктов: тот ли это пациент, лекарственное средство, доза, путь введения, время и частота приема.	I			
5)	Прописывается процесс самостоятельного введения пациентом лекарственных средств (например, ингалятор или автоматический инъектор) *. Пациенты с соответствующей патологией подтверждают, что обучены самостоятельному применению ингалятора или другого прибора согласно прописанному процессу.	III			
49. Нежелательные эффекты лекарственных средств и стоматологических материалов и управление медикаментозными ошибками. Внедрены процессы фармаконадзора, управления медикаментозными ошибками и обучение пациентов правильному применению лекарственных средств.					
1)	Сотрудники знают о процессе сообщения инцидентов по лекарственным средствам и стоматологическим материалам (нежелательные эффекты и медикаментозные ошибки).	I			
2)	Проводится обучение пациентов правильному применению назначенных лекарственных средств и стоматологических материалов. Процесс обучения документируется в медицинской карте стоматологического больного.	II			
3)	В медицинской организации внедрен процесс выявления, сообщения и анализа причин медикаментозных ошибок и потенциальных ошибок.	I			
4)	Для врачей и прочего персонала, вовлеченного в обращение с лекарственными средствами и стоматологическими материалами, имеется в доступе справочная информация по лекарственным средствам и стоматологическим материалам.	II			
5)	Исполняются процедуры по проведению мониторинга эффекта лекарственных средств и стоматологических материалов и побочных эффектов **. Данные по побочным эффектам	I			

	собираются, анализируются, и проводятся мероприятия по улучшению.				
50. Контроль антибиотиков. Медицинская организация внедряет программу по контролю антибиотиков					
1)	Программа (руководство) по контролю антибиотиков включает список антибиотиков, назначение которых ограничено, а также описывает показания к применению резервных антибиотиков *.	I			
2)	Программа или руководство по контролю антибиотиков разрабатывается коллективно (с участием врачей и (или) клинического фармаколога, специалистов по инфекционному контролю, микробиологии).	II			
3)	Медицинские карты стоматологического пациента регулярно просматриваются на предмет выполнения программы или руководства по контролю антибиотиков.	I			
4)	Врачи и другие пользователи информированы о требованиях программы или руководства по контролю антибиотиков.	I			
5)	Выполнение программы или руководства по контролю антибиотиков мониторируется через индикаторы, используемые для улучшения качества медицинской помощи **.	I			
51. Обращение со стоматологическими конструкциями. Имплантируемые протезы и другие стоматологические конструкции используются в соответствии с установленными критериями					
1)	Использование стоматологических конструкций проводится в соответствии с международными и национальными руководствами, разработанными для конкретных типов стоматологических конструкций.	I			
2)	В медицинской организации описаны и внедрены процессы установки имплантируемых протезов и других стоматологических конструкций.	II			
3)	Проводится информирование пациента об использовании имплантируемых протезов и других стоматологических конструкций, включая меры предосторожности и возможные	II			

АСQH

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

Глава 4. Лечение и уход за пациентом

Параграф 1. Безопасность пациента

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг	Оценка Полное Частичное Несоответствие Не применим	Сильные стороны	Слабые стороны, требующие улучшения	
52. Идентификация пациента. Безопасность пациента повышается через процесс идентификации пациента						
1)	Руководством медицинской организации утверждается и исполняется стандартная операционная процедура (далее – СОП) идентификации пациента, описывающая процесс идентификации пациента с применением не менее двух идентификаторов пациента. Например, в качестве первого идентификатора может	I				

АСQH

	быть использовано имя и фамилия пациента, а в качестве второго полная дата рождения.				
2)	Пациент идентифицируется в соответствии с СОП перед каждой хирургической процедурой, хирургической операцией, инъекцией, приемом лекарственного средства, взятием биоматериала и других ситуациях. Сестринский и врачебный персонал демонстрирует осведомлённость о процедурах по идентификации пациента.	I			
3)	В дневном стационаре идентификация пациента облегчается путем использования идентификационного браслета с двумя идентификаторами, либо через другие альтернативные способы идентификации пациента, утвержденные руководством медицинской организации.	I			
4)	Идентификаторы пациента присутствуют во всех формах медицинских карт стоматологического пациента и на всех контейнерах с биоматериалом или персональными стоматологическими материалами пациента (например, стоматологические оттиски).	I			
5)	Процесс идентификации пациента 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.	I			

53. Эффективная передача информации. Безопасность пациентов повышается через стандартизированный процесс передачи устной и (или) телефонной информации

1)	Разрабатывается и исполняется СОП приема и передачи информации устно и (или) по	I			
----	---	---	--	--	--

АСQH

	телефону, где прописано, что получатель информации записывает и прочитывает сообщение вслух, сообщающее лицо подтверждает правильность сообщения.				
2)	Сообщения о критических результатах лабораторных и диагностических исследований, устные назначения лекарственных средств пациенту передаются согласно СОП приема и передачи информации устно и (или) по телефону.	I			
3)	Медицинская организация устанавливает список критических значений для всех лабораторных и диагностических исследований (оказываемых медицинской организацией или переданных в аутсорсинг).	I			
4)	Разрабатывается и исполняется СОП по безопасной передаче пациента между отделениями и (или) службами по дальнейшей курации пациента, с указанием идентификационных данных пациента, идентификационных данных передающего и принимающего персонала, времени передачи, основных клинических показателей пациента и других показателей (если применимо) при передаче пациента (критерий применим для медицинских организаций, оказывающих анестезиологическое пособие и хирургическое лечение).	I			
5)	Процесс передачи устной и (или) телефонной информации при сообщении критических результатов лабораторных и диагностических исследований и процесс передачи пациента между организациями и службами контролируется через индикатор (индикаторы), которые применяются для повышения безопасности пациента **.	I			

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

1)	Разрабатывается и исполняется СОП, описывающая обращение с лекарственными средствами высокого риска *. Процедура включает: маркировку лекарственных средств высокого риска; хранение лекарственных средств высокого риска; назначение и применение – если есть особенности; список лекарственных средств высокого риска*.	I			
2)	Разрабатывается и исполняется СОП, описывающая обращение с концентрированными электролитами *. Процедура включает: маркировку концентрированных электролитов; хранение концентрированных электролитов – запрет на хранение в местах редкого использования, хранение только в местах клинической необходимости; назначение и применение – если есть особенности; список концентрированных электролитов*.	I			
3)	Разрабатывается и исполняется СОП, описывающая обращение с лекарственными средствами со схожим названием и схожей упаковкой. Процедура включает: маркировку лекарственных средств со схожим названием и схожей упаковкой;	I			

	запрет на хранение лекарственных средств на одной полке или рядом, если у них созвучны названия или схож внешний вид; назначение и применение – если есть особенности; список лекарственных средств со схожим названием и схожей упаковкой*.				
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 мониторируется через индикаторы, которые применяются для повышения безопасности пациента **.	I			

55. Хирургическая безопасность: правильный участок тела, правильная процедура и правильный пациент. Безопасность пациентов повышается за счет стандартизированной предоперационной верификации (подтверждение соответствия пациента планируемой инвазивной процедуре) и тайм-аута (проверка готовности медицинского персонала к операции или инвазивной процедуре высокого риска), чтобы обеспечить правильную хирургическую процедуру на правильном участке тела правильному пациенту

1)	В медицинской организации разрабатывается и исполняется СОП, описывающая процесс маркировки места хирургической операции и (или) инвазивной процедуры высокого риска, а также процедуры предоперационной верификации и тайм-аута для обеспечения правильного участка тела, правильной процедуры и операции, и идентификации пациента *.	I			
2)	Врачом, который будет выполнять операцию (процедуру), участок тела маркируется перед хирургической операцией и инвазивной	I			

АСQH

	процедурой высокого риска. В медицинской организации утверждаются единые способы маркирования для определенных участков тела. Например, при удалении зуба для маркировки может быть использована зубная формула, представленная на бумажном носителе, или рентгенограмма.				
3)	В соответствии с процедурами и формой, утвержденными руководством медицинской организации, осуществляется предоперационная верификация, включающая проверку процессов: подтверждение пациентом своих идентификаторов (полное имя, дата рождения); подтверждение пациентом информированного согласия на осуществление оперативного хирургического вмешательства или процедуру высокого риска; подтверждение пациентом участка оперативного хирургического вмешательства (сторона и участок тела и (или) орган); маркировка места хирургической операции; наличие или отсутствие аллергии у пациента; проблемы дыхательных путей у пациента.	I			
4)	Вся хирургическая команда участвует в процедуре тайм-аута, включающего следующие этапы: идентификация пациента; подтверждение названия оперативного вмешательства или инвазивной процедуры; подтверждение участка и стороны оперативного вмешательства или инвазивной процедуры;	I			

	готовность хирургической бригады к операции; готовность оборудования, медицинских и стоматологических изделий. Тайм-аут документируется в медицинской карте стоматологического пациента. Сайн-аут выполняется и документируется в медицинской карте стоматологического пациента.				
5)	Выполнение предоперационной верификации и процедуры тайм-аута мониторируется через индикаторы, которые применяются для повышения безопасности пациента **.	I			

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

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

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

АСQH

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

Параграф 2. Права пациента

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг	Оценка Полное Частичное	Сильные стороны	Слабые стороны, требующие улучшения

			Несоответствие Не применим		
58. Доступ к медицинской помощи. Доступ к медицинской помощи облегчается в том числе и для лиц с ограниченными возможностями					
1)	Вход в здание оборудован путями и пандусами, доступными для использования людьми с ограниченными возможностями, в соответствии с законодательством Республики Казахстан *** и распоряжениями местных исполнительных органов.	II			
2)	Для лиц с ограниченными возможностями являются доступными инвалидные кресла, костыли, трости.	II			
3)	Исполняются процедуры по обеспечению сопровождения лиц с ограниченными возможностями (смотреть подпункт 4) пункта 57 настоящего Стандарта).	I			
4)	Туалеты для пациентов с ограниченными возможностями, палаты дневного стационара и другие места, определенные руководством медицинской организации, имеют кнопки вызова или другие средства вызова помощи со стороны медицинского персонала. Туалеты для пациентов с ограниченными возможностями оборудованы поручнями.	I			
5)	Вход в здание оборудован поручнями, перилами и тактильными дорожками.	I			
59. Процедуры по правам и обязанностям пациента. Медицинская организация разрабатывает и внедряет процедуры, направленные на соблюдение прав пациентов и информировании об их обязанностях в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***					
1)	Медицинская организация обеспечивает доступность информации для пациентов об их правах и обязанностях в местах наглядной агитации (например, постеры или видеоролики в холлах ожидания), включая права на конфиденциальность, уважительное отношение и доступ к информации касательно оказываемой медицинской помощи (услуги) **.	II			

АСQH

2)	Информация о правах пациентов и их законных представителей в местах агитации размещена на государственном и русском языках в соответствии с законодательством Республики Казахстан **.	III			
3)	Пациенты информируются о своих правах и солидарной ответственности за свое здоровье, которая включает информирование врача о предыдущих заболеваниях, лечении, обследованиях, необходимость следования рекомендациям медицинского персонала (например, через общее информированное согласие, информацию на стендах, видеоролики) (смотреть подпункт 4) пункта 62 настоящего Стандарта).	II			
4)	Пациенты информируются о своих обязанностях, включая обязанности проявлять в общении с медицинскими работниками уважение и такт, не совершать действий, нарушающих права других пациентов (например, через общее информированное согласие, информацию на стендах, видеоролики) (смотреть подпункт 4) пункта 62 настоящего Стандарта).	II			
5)	Весь персонал осведомлен и обучен правам пациентов и их законных представителей, включая права на приватность и конфиденциальность, уважительное отношение, безопасность и полный доступ к информации касательно лечения **.	II			
60. Барьеры и предпочтения. Выявляются и снижаются риски доступности медицинской помощи (возрастные, физические, языковые, культурные и другие ограничения пациентов), обеспечивается конфиденциальность					
1)	Здание (здания), помещения здания (зданий) (коридоры, холлы) медицинской организации и прилегающая к ней	III			

АСQH

	территория оборудованы необходимыми информационными и указательными знаками.				
2)	При обращении пациентов с коммуникативными проблемами (языковой барьер, потеря слуха, потеря речи) медицинская организация предпринимает все необходимые меры для обеспечения их надлежащей медицинской помощью.	II			
3)	Медицинский персонал не ограничивает культурные или духовные предпочтения пациентов и не препятствует пациентам в доступе к духовной помощи. Осмотр пациента, лечебные и диагностические процедуры учитывают культурные и религиозные убеждения.	II			
4)	Медицинская организация обеспечивает приватность пациента в процессе лечения и предоставления ухода, включая потребность в приватности по культурным и религиозным убеждениям.	II			
5)	При поступлении пациента в дневной стационар, средний медицинский персонал проводит инструктаж пациента о режиме работы отделения, гигиене рук, расположении санитарных узлов, профилактике падений, кнопках вызова, правах пациента, предоставляет информацию о лечащем враче. Инструктаж документируется в медицинской карте стоматологического пациента с подписью пациента (например, в отдельной форме в медицинской карте, журнале или на обратной стороне общего информированного согласия).	I			

61. Обращения пациентов и их законных представителей. Обращения пациентов и их законных представителей принимаются и рассматриваются своевременно и объективно

АСQH

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

62. Общее информированное согласие пациента на медицинские услуги. Медицинской организацией внедряются процедуры получения общего информированного согласия пациента на медицинские услуги

1)	Процесс получения общего информированного согласия пациента или его законного представителя определяется в процедурах, утвержденных руководством медицинской организации *.	II			
2)	Пациенты медицинской организации подтверждают, что прошли процедуру ознакомления с общим информированным согласием и его подписанием.	I			
3)	Персонал первой линии (регистраторы, медицинские сестры) обучены и	II			

	исполняют процесс получения общего информированного согласия от пациента или его законного представителя на медицинские услуги.				
4)	При ознакомлении с общим информированным согласием пациенты или их законные представители информируются об исследованиях, процедурах и лечении, требующих отдельного специального информированного согласия, указывают согласие или не согласие на фото и (или) видео съемку, а также информируются о своих основных правах и обязанностях (смотреть подпункт 3) пункта 59 настоящего Стандарта).	II			
5)	Для обслуживания прикрепленного населения в рамках ПМСП разработаны и исполняются процедуры получения общего информированного согласия, обеспечивающие его действенность в течение года.	III			
63. Специальное информированное согласие пациента. Медицинской организацией внедряются процедуры получения специального информированного согласия пациента на медицинские услуги перед операцией, анестезией, процедурной седацией, а также при других процедурах высокого риска					
1)	Руководством медицинской организации утверждаются и исполняются процедуры, описывающие получение специального информированного согласия от пациентов и их законных представителей врачом, который будет проводить хирургическую операцию, анестезию и (или) другую процедуру высокого риска. Определен перечень процедур, требующих получения специального информированного согласия.	II			
2)	Формы и содержание специальных информированных согласий разрабатываются совместно с врачами и лицами, которые осуществляют	I			

АСQH

	процедуры и лечение высокого риска **. Опрашиваемый персонал демонстрирует осведомленность о процедуре получения специального информированного согласия.				
3)	Пациенты медицинской организации подтверждают, что прошли процедуру ознакомления со специальным информированным согласием и его подписанием.	I			
4)	Текст специального информированного согласия пациента или его законных представителей на процедуры и лечение высокого риска включает описание преимуществ и рисков запланированного лечения **.	I			
5)	Информированное согласие пациента оформляется и документируется в медицинской карте стоматологического пациента перед любой хирургической операцией, процедурой высокого риска, анестезией и седацией, перед участием в научном проекте или в экспериментальном лечении и в других ситуациях, определенных медицинской организацией *.	I			

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

1)	Руководством медицинской организации утверждена процедура оформления отказа пациента от предложенной медицинской помощи (полностью или частично, от продолжения лечения), а также предоставления пациенту второго мнения в соответствии с законодательством Республики Казахстан *.	III			
2)	Отказ от лечения или части лечения, с указанием возможных неблагоприятных последствий для здоровья, оформляется в	II			

АСQH

	специальной форме отказа и подписывается пациентом либо его законным представителем, а также задействованным медицинским работником в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации.				
3)	По требованию пациента организация предоставляет информацию о процессе проводимого лечения в полном объеме (копии результатов врачебных осмотров, диагностических исследований и другие формы медицинской документации, относящиеся к осмотру и лечению пациента) для возможности получения пациентом второго мнения, согласно процедурам, утвержденным в медицинской организации *.	III			
4)	При отказе от лечения или части лечения, медицинский персонал информирует пациента об альтернативных видах лечения, возможных рисках и осложнениях вследствие отказа и документирует эту информацию.	II			
5)	Персонал демонстрирует осведомленность о своих действиях при отказе пациента от лечения или части лечения, а также о предоставлении, в случае запроса, информации о процессе проводимого лечения для возможного получения второго мнения.	II			

Параграф 3. Организация стоматологической службы

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг	Оценка	Сильные стороны	Слабые стороны, требующие улучшения
---	--------------------------------	------	--------	-----------------	-------------------------------------

			Полное Частичное Несоответствие Не применим		
65. Профилактические осмотры. Порядок проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп лиц обеспечивает плановый и своевременный осмотр в соответствии с законодательством Республики Казахстан					
1)	Проводится ежегодное формирование и составление списка целевых групп, подлежащих профилактическим медицинским осмотрам в предстоящем году с последующей ежемесячной коррекцией целевых групп.	II			
2)	Персоналом проводится оповещение целевых групп населения о необходимости и условиях прохождения профилактических медицинских осмотров.	II			
3)	Персоналом проводится приглашение целевой группы населения на профилактический медицинский осмотр.	II			
4)	Персоналом проводится инструктаж о необходимых подготовительных действиях со стороны пациента перед проведением осмотра.	II			
5)	Для лиц с выявленной патологией полости рта проводится санация ротовой полости с заполнением данных в медицинскую информационную систему.	II			
66. Тriage (медицинская сортировка) пациентов. В медицинской организации созданы условия для четкого разделения пациентов в зависимости от их физиологического состояния и оказанию своевременной медицинской помощи независимо от статуса прикрепления пациента и профиля медицинской организации					
1)	В медицинской организации разработаны и утверждены правила по триажу с описанием алгоритмов и критериев триажа.	II			
2)	Персонал первой линии (регистраторы, медицинские сестры, охрана) осведомлены о правилах триажа.	I			

3)	Медицинская организация имеет специальные зоны триажа для оказания первой помощи срочным и экстренным пациентам.	I			
4)	Путь к зонам триажа для оказания первой помощи срочным и экстренным пациентам сопровождается маршрутной визуализацией от регистратуры.	II			
5)	Зоны триажа оборудованы или имеют незамедлительный доступ к необходимым лекарственным средствам, изделиям медицинского назначения и оборудованию для оказания первой помощи (смотреть пункт 77 настоящего Стандарта).	I			
67. Организация приема пациентов в амбулаторных условиях. Процесс приема пациентов в амбулаторных условиях стандартизован и улучшается					
1)	Пациенты ПМСП имеют возможность записи на прием к врачу необходимой специальности через интернет посредством медицинских информационных платформ и систем.	II			
2)	Расположение регистратуры обеспечивает максимальную доступность медицинского персонала (круговое, веерное расположение регистратуры в новых и строящихся зданиях) по принципу «ближе к посетителю».	III			
3)	Регистратура оснащается в соответствии с производственными потребностями, обеспечивая непрерывную связь во время работы медицинской организации.	II			
4)	Службой качества проводится внутренний мониторинг ожидания пациентов приема или услуг. Руководство медицинской организации принимает меры, основанные на анализе результатов мониторинга.	III			
5)	Организовано эффективное распределение потоков пациентов посредством визуальной маршрутизации по отделениям, кабинетам и службам.	II			

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

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

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

1)	Первичный осмотр, записи первичного осмотра лечащего врача и узких специалистов соответствует правилам медицинской организации, обеспечивающим исполнение требований стандартов аккредитации и законодательства Республики Казахстан.	II			
2)	В медицинской карте стоматологического пациента содержится информация об основных текущих и перенесенных	II			

АСQH

	заболеваниях пациента, постоянно принимаемых лекарственных средствах, аллергиях, операциях, контактные данные и адрес проживания пациента.				
3)	По результатам первичного осмотра, результатов обследований и предыдущих осмотров и (или) консультаций узких специалистов (при показаниях) составляется план лечения и ухода, который включает цели и желаемые результаты лечения.	II			
4)	Пациенты вовлекаются в план лечения и ухода путем объяснения назначенного лечения в доступной форме, возможности задавать вопросы и предоставления рекомендаций по поиску источников информации касательно предоставляемого лечения. Пациенты подтверждают, что были вовлечены в составление плана лечения и ухода.	II			
5)	План лечения соответствует требованиям клинических протоколов, утвержденных руководством медицинской организации (смотреть пункт 9 настоящего Стандарта).	II			
70. Повторные осмотры пациента. Состояние пациента в амбулаторных условиях и пациента дневного стационара наблюдается и документируется в динамике					
1)	Состояние пациента наблюдается и документируется в динамике с целью оценки достижения целей или желаемых результатов от плана лечения.	III			
2)	Пациент или его представители информируются и осведомлены о динамике проводимого лечения и его результатах.	III			
3)	План лечения обновляется в зависимости от состояния, диагноза пациента или на основе новой информации и по результатам повторных осмотров.	III			

	Частота повторных осмотров средним и врачебным медицинским персоналом в дневном стационаре стандартизирована с учетом состояния пациента.				
4)	Повторные осмотры пациента документируются в формах повторного осмотра в амбулаторных условиях или дневниковых записей врача дневного стационара с указанием состояния пациента в динамике. Повторные осмотры и дневниковые записи соответствуют правилам организации, обеспечивающим требования стандартов аккредитации и законодательства Республики Казахстан.	III			
5)	При появлении признаков ухудшения состояния пациента принимаются соответствующие меры в соответствии с процедурами, утвержденными в медицинской организации. В случае экстренного перевода пациента на другой уровень ухода, заполняется форма с указанием витальных показателей пациента на момент передачи пациента в службу скорой помощи, а также информации об оказанном лечении.	III			
71. Планирование выписки из дневного стационара и перевод на другой уровень ухода. Пациент вовлекается в процесс планирования выписки из дневного стационара, госпитализации в стационар и перевод на другой уровень ухода с учетом особенностей в уходе и других потребностей					
1)	Планирование выписки начинается с пункта первого контакта пациента с медицинской организацией, обновляется по мере необходимости и документируется в медицинской карте стоматологического пациента.	II			
2)	Стандартизирована процедура передачи курации пациента между врачами разных профилей*. Пациент информируется о смене курирующего врача, запись о смене	II			

АСQH

	курирующего врача имеется в формах медицинской карты пациента.				
3)	Амбулаторные пациенты и пациенты дневного стационара вовлекаются в процедуры плановой госпитализации, путем предоставления подробной информации о процессе госпитализации, а также о необходимых действиях со стороны пациента и медицинской организации.	III			
4)	Амбулаторные пациенты и пациенты дневного стационара вовлекаются в процедуры перевода на другой уровень ухода путем предоставления им или их представителям подробной информации о процессе перевода на другой уровень ухода, а также о необходимых действиях со стороны пациента и медицинской организации.	III			
5)	Информация о процессе перевода на другой уровень ухода, включая (если применимо) список используемых лекарственных средств, диагноз и методы лечения и ухода, инструкции по дальнейшему лечению и уходу и результаты анализов, предоставляется пациенту в письменном виде, в доступной и понятной пациенту форме.	III			
72. Выписка из медицинской карты пациента дневного стационара. Выписной эпикриз содержит ключевую информацию об оказанной медицинской помощи					
1)	Готовность пациента к выписке из дневного стационара определяется общим состоянием пациента и четкими показаниями к выписке. Пациенты после анестезии и хирургических операций имеют установленные критерии выписки (смотреть подпункты 5) пунктов 75 и 76 настоящего Стандарта).	II			
2)	Выписной эпикриз содержит причину госпитализации в дневной стационар, основной диагноз, сопутствующие	II			

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

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

1)	Руководством медицинской организации определяются пациенты групп риска, которые по причине своего состояния (включая риск падения, аллергии, иммунодефицит), возрастных или физических особенностей не способны выражать свое мнение, либо существует риск резкого ухудшения состояния их здоровья за короткий промежуток времени.	I			
----	--	---	--	--	--

АСQH

2)	Внедряются процедуры, описывающие особенности осмотра, лечения, ухода, обращения с пациентами групп риска *.	II			
3)	Форма осмотра пациента по необходимости дополняется информацией, важной для пациентов групп риска (модификация формы осмотра) **.	III			
4)	При выявлении жертв насилия организация контактирует с заинтересованными социальными, правоохранительными органами и иными организациями.	III			
5)	В медицинской организации утвержден перечень процедур высокого риска, а также процедур, представляющих риск нанесения вреда процессу диагностики и (или) лечения. Медицинская организация идентифицирует риски, связанные с данными процедурами, и, в случае наличия рисков, принимает меры по их устранению и (или) уменьшению (смотреть пункт 63 настоящего Стандарта). Процедуры высокого риска, а также процедуры, представляющие риск нанесения вреда процессу диагностики и (или) лечения, включают (по мере применимости): - хирургические операции (услуги); - анестезиологические процедуры; - применение ионизирующих излучений; - процедуры, связанные с применением наркотических лекарственных средств; - использование оборудования и медицинских приборов; - идентификация и передача биологических образцов пациента; - научные исследования и клинические испытания (если проводятся); - риски оборудования, например, риск возгорания и (или) травмы от использования лазеров;	II			

	управление кровью и ее компонентами.				
74. Организация анестезиологической службы. Услуги по анестезии и седации являются доступными и соответствуют законодательству Республики Казахстан и профессиональным требованиям					
1)	Руководством медицинской организации определяется квалифицированное ответственное лицо, осуществляющее контроль анестезиологической службы и всех услуг по анестезии и седации. Функции квалифицированного ответственного лица прописываются в должностной инструкции.	II			
2)	Квалифицированное лицо проводит пред-анестезиологический и пред-седационный осмотр, анестезию или седацию и наблюдает за пациентом во время и после анестезии и седации.	I			
3)	Оказываемые медицинские услуги по седации и анестезии соответствуют профессиональным стандартам и действующим клиническим протоколам.	I			
4)	Реанимационная помощь (оборудование, лекарственные средства, медицинские изделия и специалисты) доступна при оказании анестезии и седации (смотреть пункт 77 настоящего Стандарта).	II			
5)	Оформляется специальное информированное согласие пациента на анестезию и седацию. В текст специального информированного согласия включены преимущества, риски, возможные осложнения и альтернативы предлагаемой анестезии или седации **.	III			
75. Анестезия. Разрабатываются и внедряются процедуры или руководства по анестезии *					
1)	Перед проведением анестезии анестезиологом проводится и документируется в медицинской карте стоматологического пациента предварительный осмотр пациента (смотреть подпункт 1) пункта 14 настоящего Стандарта).	II			

АСQH

2)	Перед началом анестезии анестезиологом проводится и документируется преиндукционная оценка состояния пациента.	II			
3)	Физиологический статус во время анестезии на основе жизненно-важных функций наблюдается и документируется в соответствии с процедурами, утвержденными в медицинской организации **.	II			
4)	Пост-анестезиологический статус каждого пациента мониторируется на основе контроля показателей жизненных функций его организма, и в дальнейшем документируется в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации (смотреть подпункт 1) пункта 14 настоящего Стандарта).	II			
5)	Решение о пробуждении пациента принимается анестезиологом в соответствии с утвержденными руководством медицинской организации процедурами.	II			

76. Седация. Разрабатываются и внедряются процедуры или руководства по седации *

1)	Перед проведением седации квалифицированный врач проводит и документирует в медицинской карте стоматологического пациента предварительный осмотр пациента (смотреть подпункт 1) пункта 14 настоящего Стандарта).	II			
2)	В правилах медицинской организации по организации анестезии и седации перечислены все места, где проводится седация для сопровождения болезненных процедур *.	III			
3)	При проведении седации доступны лекарственные средства, медицинские изделия, оборудование и специалист (специалисты) для оказания экстренной	II			

	реанимационной помощи (смотреть пункт 77 настоящего Стандарта).				
4)	Седация осуществляется лицом, владеющим навыками углубленной реанимационной помощи (врач-анестезиолог, либо врач с действующим сертификатом по углубленной сердечно-легочной реанимации).	II			
5)	Восстановление после седации определяется на основе утвержденных критериев пробуждения, которые документируются в медицинской карте стоматологического пациента.	II			
77. Экстренная медицинская помощь (Код синий). Служба по оказанию экстренной медицинской помощи является доступной по всей организации *					
1)	В часы работы на территории медицинской организации доступна служба экстренной медицинской помощи.	I			
2)	Стандартизованный набор лекарственных средств, медицинских изделий и оборудования для оказания базовой и расширенной сердечно-легочной реанимации поддерживается в постоянной готовности.	I			
3)	Медицинской организацией внедряются процедуры, описывающие порядок оповещения лиц, ответственных за оказание расширенной сердечно-легочной реанимации и оперативную доставку необходимых лекарственных средств, медицинских изделий и оборудования *.	I			
4)	Раз в полугодие или чаще проводятся практические учения Код синий, включающие оповещение лиц, ответственных за оказание расширенной сердечно-легочной реанимации, оперативную доставку необходимых лекарственных средств, медицинских изделий и оборудования в точку назначения, оперативное прибытие ответственного	I			

	персонала и оказание базовой и расширенной сердечно-легочной реанимации. По результатам учений принимаются меры по улучшению.				
5)	Медицинский персонал и персонал первой линии (регистраторы, охрана) обучены оказанию базовой сердечно-легочной реанимации.	I			
78. Хирургическое обслуживание. Хирургическая служба обеспечивает безопасность пациентов					
1)	Хирургической службой определены риски, связанные с оказанием хирургической операции или процедуры высокого риска (например, риски, связанные с состоянием и укомплектованностью хирургическим оборудованием, инструментарием, изделиями медицинского назначения, организационными процедурами), с внесением в реестр и (или) план управления рисками. Имеются доказательства исполнения мероприятий по управлению установленными рисками (смотреть пункт 8 настоящего Стандарта).	I			
2)	Хирургический персонал проводит оперативные вмешательства согласно установленным клиническим привилегиям (смотреть подпункт 1 пункта 20 настоящего Стандарта).	II			
3)	До начала операции врачом проводится предоперационный осмотр и документирование его в виде предоперационного эпикриза в медицинской карте стоматологического пациента. В предоперационном эпикризе содержатся обоснование или причина операции, предоперационный диагноз, название планируемой операции.	II			
4)	Оформляется специальное информированное согласие пациента на хирургическое	II			

	вмешательство. В текст специального информированного согласия включена информация о преимуществах, рисках, возможных осложнениях и альтернативах предлагаемого метода лечения (смотреть пункт 63 настоящего Стандарта) **.				
5)	Протокол операции оформляется в день проведения операции и в соответствии с утвержденными руководством медицинской организации процедурами.	I			
79. Послеоперационный план лечения. В медицинской организации составление послеоперационного плана лечения и ухода стандартизируется					
1)	Послеоперационный план лечения и ухода за пациентом содержит перечень лечебных мероприятий, а также указания по уходу за данным пациентом.	II			
2)	Послеоперационный план лечения составляется после операции и доступен для медицинского персонала.	III			
3)	Послеоперационный план лечения прописан в медицинской карте стоматологического пациента.	III			
4)	Послеоперационный план лечения исполняется ответственным персоналом.	II			
5)	При изменении состояния или потребностей пациента послеоперационный план лечения и ухода корректируется.	III			

Параграф 4. Лабораторные услуги

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг	Оценка	Сильные стороны	Слабые стороны, требующие улучшения
			Полное Частичное Несоответствие Не применим		

80. Организация лабораторной службы. Лабораторные услуги являются доступными для пациентов и соответствуют законодательным актам Республики Казахстан и профессиональным требованиям

1)	Руководством медицинской организации определяется квалифицированное лицо, осуществляющее контроль лабораторных услуг, оказываемых пациентам медицинской организации, в том числе оказываемых субподрядными организациями по договору.	II			
2)	Квалифицированными лицами проводятся и интерпретируются лабораторные исследования.	I			
3)	Оказываемые лабораторные услуги имеют необходимые лицензии согласно законодательству Республики Казахстан ***.	I			
4)	Условия хранения лабораторных реагентов соответствуют требованиям производителя.	I			
5)	Лабораторные услуги, оказываемые субподрядными организациями по договору, контролируются через индикаторы или требования, которые прописываются в договоре **.	III			

81. Временные рамки лабораторных исследований. Определяются временные рамки на каждый вид лабораторного исследования *

1)	На каждый вид лабораторного исследования определяются временные рамки готовности результата исследования *.	III			
2)	Результаты лабораторных исследований сообщаются своевременно.	III			
3)	Установлен и исполняется процесс назначения и принятия экстренных лабораторных исследований, своевременность исполнения которых контролируется.	III			
4)	На каждый вид лабораторного исследования определяются границы нормальных значений, которые указаны в бланке с результатом исследования; при	III			

	необходимости, границы нормальных значений пересматриваются.				
5)	Медицинской организацией определяются критические (значительно отклоняющиеся от нормы) результаты лабораторных исследований, при выявлении которых персонал лаборатории в течение 30 минут информирует врача или пост дневного стационара (смотреть подпункты 2) и 3) пункта 53 настоящего Стандарта).	II			

82. Обращение с биоматериалом пациента. Процессы сбора, идентификации и маркировки, транспортировки, утилизации биоматериала пациента стандартизируются *

1)	Медицинской организацией утверждается и выполняется процесс назначения лабораторного исследования врачом и выписывания направления в лабораторию.	II			
2)	Медицинской организацией утверждается и выполняется процесс сбора биоматериала, его идентификации и маркировки.	II			
3)	Медицинской организацией утверждается и выполняется процесс безопасной транспортировки, обращения с биоматериалом пациента.	I			
4)	Медицинской организацией утверждается и выполняется процесс приема лабораторией, регистрации, отслеживания и хранения биоматериала пациента.	II			
5)	Вышеуказанные требования выполняются субподрядными организациями, выполняющими лабораторные исследования для пациентов организации.	II			

83. Лабораторная безопасность. Внедряется и выполняется программа лабораторной безопасности, взаимосвязанная с инфекционным контролем и безопасностью здания *

1)	Медицинский персонал лаборатории защищается от рисков через средства индивидуальной защиты, специальную одежду, защитное оборудование и устройства (очки, ламинарный шкаф).	II			
----	---	----	--	--	--

АСQH

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

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

1)	Медицинской организацией проводится внутренний контроль качества лабораторных услуг через оборудование или вручную путем выборочной перепроверки результатов исследований.	II			
2)	Внутренний контроль качества проводится в соответствии с процедурами, утвержденными в медицинской	III			

АСQH

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

85. Лабораторное оборудование. Лабораторное оборудование поддерживается в рабочем состоянии

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

АСQH

5)	Ежеквартально руководителем или персоналом лаборатории проверяются все единицы лабораторного оборудования, которое находится вне лаборатории *.	III			
----	---	-----	--	--	--

Параграф 5. Служба лучевой диагностики

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг	Оценка Полное Частичное Несоответствие Не применим	Сильные стороны	Слабые стороны, требующие улучшения
86. Организация службы лучевой диагностики. Услуги лучевой диагностики удовлетворяют нужды пациентов и соответствуют законодательству Республики Казахстан ***					
1)	Руководством медицинской организации определяется квалифицированное лицо, осуществляющее контроль лучевой диагностики, оказываемой пациентам медицинской организации.	II			
2)	Квалифицированные лица проводят радиологические, ультразвуковые и другие виды исследований лучевой диагностики.	II			
3)	Квалифицированные лица интерпретируют радиологические, ультразвуковые и другие виды исследований лучевой диагностики.	II			
4)	Оказываемые услуги лучевой диагностики подтверждаются государственными лицензиями согласно законодательству Республики Казахстан ***.	I			
5)	Услуги лучевой диагностики, оказываемые субподрядными организациями, прописываются в договоре. В соответствии с процедурами, утвержденными в медицинской организации, данные услуги контролируются (например, современность,	III			

	корректность заключений или другие показатели) **.				
87. Безопасность пациента при диагностических процедурах. Соблюдаются принципы безопасности пациентов при проведении инструментальной диагностики					
1)	Персонал, осуществляющий ультразвуковую диагностику, соблюдает принципы безопасной передачи устных сообщений при описании органов пациента (например, когда врач ультразвуковой диагностики проводит обследование и передает описание органов пациента медицинской сестре для записи) (смотреть подпункт 1 пункта 53 настоящего Стандарта).	III			
2)	Перед введением контрастных веществ пациент проверяется на наличие аллергий и необходимых лабораторных анализов. Данные об отсутствии или наличии аллергии, необходимые лабораторные исследования подтверждаются документально.	I			
3)	Контрастные вещества хранятся в условиях, описанных производителем.	I			
4)	Наборы лекарственных средств и медицинских изделий для экстренных случаев (противошоковая укладка, реанимационный набор) доступны при диагностических процедурах, использующих контрастные вещества. Персонал осведомлен о вызове Код синий (смотреть пункт 77 настоящего Стандарта).	II			
5)	Датчики и приборы, контактирующие с пациентом при проведении исследования, обрабатываются согласно инструкции производителя оборудования после каждого пациента.	III			
88. Радиационная безопасность. Внедряется и выполняется программа радиационной безопасности, взаимосвязанная с инфекционным контролем и безопасностью здания *					
1)	Персонал отделения лучевой диагностики защищается от радиации через ношение рентген-защитной одежды, использование	I			

	защитных устройств, ношение индивидуальных дозиметров.				
2)	Персонал радиологической службы обучается основам радиационной безопасности при трудоустройстве, в плановом порядке раз в год, при инцидентах, связанных с радиационным оборудованием, при получении нового оборудования и по мере необходимости **.	III			
3)	Проводится проверка защитных свойств всей рентген-защитной одежды каждые два года **.	I			
4)	Проводятся замеры мощности дозы излучения на рабочих местах сотрудников, ответственных за осуществление лучевой диагностики, в помещениях и на территориях, смежных с процедурной рентгенкабинета и кабинета компьютерной томографии один раз в год.	I			
5)	Контроль индивидуальных дозиметров проводится ежеквартально **.	I			

89. Радиологическое оборудование и безопасность. Радиологическое оборудование поддерживается в рабочем состоянии, обеспечивается безопасность пациентов и среды

1)	Все оборудование по лучевой диагностике (рентген, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование) инспектируется, поддерживается и калибруется (смотреть пункт 41 настоящего Стандарта). Действия по инспектированию, поддержке и калибровке оборудования по лучевой диагностике документируются **.	II			
2)	В медицинской организации имеется действующий договор со специализированными организациями по обслуживанию оборудования лучевой диагностики, либо в штате имеется специалист по обслуживанию этого оборудования, имеющий необходимую	II			

АСQH

	квалификацию по ремонту и обслуживанию радиологического оборудования.				
3)	Инциденты, связанные с безопасностью или несоблюдением радиационной безопасности, сообщаются, и по результатам работы с инцидентами осуществляются корректирующие меры (смотреть подпункт 3) пункта 5; подпункт 5) пункта 22 настоящего Стандарта).	II			
4)	Ведется список всего оборудования по лучевой диагностике, с указанием даты последней поверки или технического осмотра.	III			
5)	Ежегодно лицо, осуществляющее контроль радиационной безопасности, выступает с отчетом по радиационной безопасности на заседании Комиссии по безопасности здания.	III			
90. Контроль качества в радиологии. Проводится внутренний и внешний контроль качества радиологических исследований					
1)	Проводится процесс внутреннего контроля качества радиологических исследований, выполняемый автоматически (не требует документации) или вручную **.	II			
2)	Ежегодно проводится внешний контроль качества радиологических исследований путем выборочной перепроверки заключения внешним экспертом («второе чтение», «повторный пересмотр рентгенограмм», «пересмотр диска») **.	II			
3)	Существует список внешних экспертов с контактными данными, к которым организация обращается при сомнительном, сложном случае («второе чтение») **.	III			
4)	Знания, квалификация внешних экспертов подтверждаются документально.	II			
5)	При неудовлетворительных данных контроля качества принимаются меры по улучшению работы в радиологии.	II			

Параграф 6. Зуботехническая лаборатория

№	Стандарт и измеряемые критерии	Ранг	Оценка Полное Частичное Несоответствие Не применим	Сильные стороны	Слабые стороны, требующие улучшения
91. Организация работы зуботехнической лаборатории. Услуги зуботехнической лаборатории являются доступными для пациентов и соответствуют законодательным актам Республики Казахстан и профессиональным требованиям					
1)	Руководством медицинской организации определяется квалифицированное лицо, осуществляющее контроль работ зуботехнической лаборатории, в том числе оказываемых субподрядными организациями по договору.	II			
2)	Процессы, связанные с изготовлением стоматологических конструкций (заявка, идентификация, изготовление, сбор, обработка, транспортировка, утилизация отходов) производятся в соответствии с процедурами, установленными в медицинской организации, и законодательством республики Казахстан *.	I			
3)	Персонал зуботехнической лаборатории защищается от рисков через средства индивидуальной защиты, специальную одежду, защитное оборудование и устройства.	II			
4)	Весь персонал зуботехнической лаборатории обучается основам производственной и инфекционной безопасности при трудоустройстве, в плановом порядке раз в год, после инцидентов, связанных с соблюдением безопасности **.	III			
5)	Услуги зуботехнической лаборатории, оказываемые субподрядными	III			

	организациями по договору, мониторируются через индикаторы или требования, которые прописываются в договоре **.				
92. Контроль качества. Регулярно проводится контроль качества услуг и работоспособности оборудования зуботехнической лаборатории					
1)	Контроль качества работы зуботехнической лаборатории проводится в соответствии с процедурами, утвержденными в медицинской организации.	III			
2)	Зуботехническое оборудование тестируется, поддерживается, калибруется, и эти действия документируются (смотреть пункт 41 настоящего Стандарта) **.	III			
3)	Зуботехническое оборудование обслуживается согласно установленному графику, составленному по рекомендациям производителя **.	III			
4)	Все сотрудники обучаются работе с зуботехническим оборудованием, которое они используют **.	III			
5)	При неудовлетворительном результате контроля качества проводятся корректирующие мероприятия в соответствии с процедурами, утвержденными в медицинской организации.	II			

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

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

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