

Приложение 4
к приказу Министерства
здравоохранения
Кыргызской Республики
№____от____“_____” 2023 г.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
МЕДИЦИНСКАЯ АККРЕДИТАЦИОННАЯ
КОМИССИЯ**

**СТАНДАРТЫ
АККРЕДИТАЦИИ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИЙ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

БИШКЕК - 2022 г.

«Стандарты аккредитации для организаций здравоохранения, оказывающих стоматологические услуги пациентам в амбулаторных условиях, 2-я версия.»

Данные стандарты предназначены для экспертов Медицинской аккредитационной комиссии в качестве инструмента аккредитации (оценки соответствия) государственных ОЗ, оказывающих стоматологические услуги пациентам в амбулаторных условиях, а также для руководителей и специалистов вышеуказанных организаций здравоохранения, в качестве инструмента по улучшению качества медицинских услуг.

Введение.

В последние десятилетия во многих странах мира, ориентированных на качество активно создаются и развиваются независимые и регулируемые законами механизмы для периодической внешней оценки организаций здравоохранения по установленным стандартам. Все они предназначены для обеспечения качества или улучшения некоторых элементов качества в здравоохранении. Одним из механизмов внешней оценки организаций здравоохранения, который в последние годы используется в большинстве стран, является **аккредитация**.

Термин **«аккредитация»** в здравоохранении приобрел три разных значения, каждый из которых является правильным по своему контексту, но пользователям нужно знать эти различия:

- Признание профессиональными органами должного уровня полученного медицинского образования (с XIX века);
- Признание должного уровня оказания медицинских услуг (консорциум врачей и руководителей с 1917 года);
- Признание компетентности учреждения проводить работы в области сертификации предоставляемых медицинских услуг (ISO с 1946 года).

В большинстве стран, использующих для внешней оценки организаций здравоохранения механизм аккредитации, термин **«аккредитация»** понимается как **признание должного уровня оказания медицинских услуг в соответствии с установленными стандартами.**

В настоящее время в Кыргызской Республике улучшение качества оказания медицинской помощи является одним из приоритетов государственной политики в сфере здравоохранения.

Аккредитация является **ключевым механизмом системы управления качеством**, обеспечивающего оценку качества и непрерывное улучшение качества медицинских услуг посредством выявления факторов, влияющих на возникновение дефектов в процессе предоставления медицинских услуг и дачи рекомендаций по их устранению. **Одной из основных задач аккредитации, кроме внешней оценки, является создание внутренней системы качества, использующую стандарты аккредитации как основу самооценки и самоконтроля коллективов работников организаций здравоохранения в их профессиональной деятельности.** Компетентные действия каждого практикующего медика на своем рабочем месте еще не гарантируют качественной работы организаций здравоохранения в целом. Поэтому система управления качеством внутри организаций здравоохранения является необходимым дополнением к контролю и самоконтролю на индивидуальном уровне. С учетом сказанного, аккредитация организаций здравоохранения будет играть ключевую роль в обеспечении качества медицинских услуг.

Настоящий документ представляет собой вторую версию национальных стандартов аккредитации для государственных ОЗ, оказывающих стоматологические услуги пациентам в амбулаторных условиях, разработанных на основе действующих национальных стандартов аккредитации для организаций здравоохранения, международных стандартов,

принципов и требований в области качества и безопасности медицинских услуг и включающих ключевые требования к профессиональной деятельности/компетентности вышеуказанных ОЗ выполнение которых необходимо для прохождения процедуры аккредитации.

Данная версия стандартов разработана с целью содействия реализации нормативных правовых актов Кыргызской Республики и нормативных документов Министерства здравоохранения Кыргызской Республики в области охраны здоровья граждан, а также с целью содействия вышеуказанным организациям здравоохранения в улучшении качества и минимизации рисков оказываемых медицинских услуг и повышении эффективности их деятельности.

Область применения стандартов.

Настоящие стандарты устанавливают комплексные ключевые требования к менеджменту, безопасности, качеству и материально-технической базе государственных организаций здравоохранения, оказывающих стоматологические услуги пациентам в амбулаторных условиях, и применяются для их аккредитации.

Основные термины и определения.

Аккредитация в системе здравоохранения – официальная процедура признания компетентности организаций здравоохранения осуществлять профессиональную деятельность в соответствии со стандартами аккредитации.

Стандарты аккредитации в системе здравоохранения - документы, разработанные на основе консенсуса в которых устанавливаются требования к организации менеджмента в ОЗ, безопасности и качеству медицинских услуг, материально-технической базе организации здравоохранения.

Документированная процедура – специфический способ выполнять деятельность или процессы, которые документированы, внедрены и соблюдаются.

Должностная инструкция – письменный внутренний организационно-нормативный документ, регламентирующий в ОЗ критерии отбора на штатную должность, определяющий соподчиненность, подотчётность, должностные обязанности, права и ответственность работника.

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи – любые, клинически выраженные инфекционные заболевания, связанные с оказанием любых видов медицинской помощи вне зависимости от времени появления симптомов заболеваний.

Инфекционный контроль - система мероприятий, основанная на данных эпидемиологической диагностики и направленная на предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний в учреждениях здравоохранения.

Конфиденциальность и приватность информации о пациенте – сохранение в тайне информации о состоянии здоровья и о личности пациента.

Неприкосновенность частной жизни пациента – невмешательство в частную жизнь пациента, неприкосновенность и сохранение личной, семейной и врачебной тайн.

Орган по аккредитации - юридическое лицо (государственное учреждение), созданное уполномоченным государственным органом Кыргызской Республики в области здравоохранения для проведения аккредитации юридических и физических лиц, занимающихся медицинской деятельностью.

Ранжирование стандартов - расстановка стандартов по рангу, по признакам их значимости, масштабности, важности, весомости.

Система аккредитации - совокупность правил, требований, инструментов, организационных мероприятий, методов и процедур, регулирующих деятельность участников системы.

Стандартные операционные процедуры – документально оформленный набор пошаговых инструкций, которые надо осуществить, чтобы выполнить ту или иную работу.

Сокращения.

ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения;

ВИЧ/СПИД - Вирус иммунодефицита человека/Синдром приобретенного иммунодефицита;

ГСЭН – Государственный санитарно-эпидемиологический надзор;

ИК - Инфекционный контроль;

ИМН - Изделия медицинского назначения;

ИСМП - Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи;

КР - Кыргызская Республика;

МАК - Медицинская аккредитационная комиссия;

МЗКР - Министерство здравоохранения Кыргызской Республики;

МКБ - Международная классификация болезней;

МСГЗ - Медицинская служба гражданской защиты;

МЧС – Министерство чрезвычайных ситуаций;

Орган УКМУ – Орган управления качеством медицинских услуг (Техническая группа по управлению качеством медицинских услуг или Комитет по управлению качеством медицинских услуг);

ПАМО – Пункт автоклавирования медицинских отходов;

СанПин - Санитарные правила и нормы;

СИ - Средства измерения;

СИЗ – Средства индивидуальной защиты;

СМИ – Средства массовой информации;

СОП - Стандартные операционные (рабочие) процедуры;

ОЗ – Организация здравоохранения;

ЦСО - Централизованное стерилизационное отделение;

ISQua – The International Society for Quality in Health Care (Международное общество по качеству в здравоохранении).

Цель, задачи и принципы аккредитации.

Целью аккредитации государственных ОЗ, оказывающих стоматологические услуги пациентам в амбулаторных условиях, является обеспечение и защита прав потребителей на получение медицинских услуг в объеме и качестве, определенными нормативными правовыми актами КР.

Задачи аккредитации:

- улучшить качество оказания стоматологических услуг пациентам;
- минимизировать риски при оказании стоматологических услуг пациентам;
- улучшить систему менеджмента качества и безопасности в ОЗ, оказывающих стоматологические услуги пациентам в амбулаторных условиях, содействовать им в оптимизации внутренней системы управления качеством на основе нормативных/аккредитационных требований;
- повышение роста доверия граждан к профессиональной деятельности ОЗ, оказывающих стоматологические услуги пациентам в амбулаторных условиях.

Принципы аккредитации:

- внешняя оценка для улучшения качества, а не контроль;
- коллегиальность и сотрудничество с аккредитуемыми объектами;
- открытость и доступность правил и инструментов аккредитации;
- компетентность органа по аккредитации;
- обеспечение равенства прав, законных интересов всех участников системы аккредитации;
- прозрачность информации об аккредитованных объектах для политиков/органов управления, общественности/пациентов;
- неразглашения конфиденциальной информации, если эта информация является коммерческой тайной.

Некоторые аспекты стандартизации в области аккредитации ОЗ в КР.

Критерии стандартов аккредитации:

- понятные;
- конкретные;
- измеримые (**система измерения/градации стандартов**);
- изменяющие отношение (**в сторону лучших практик**);
- достижимые;
- комплексные (содержание стандартов охватывает основные наиболее важные разделы деятельности ОЗ);
- надежные (одинаковое понимание требований и механизмов оценки стандартов всеми пользователями);
- проверяемые (наличие объективных механизмов для оценки выполнения стандартов);
- значимые (целесообразные) – в стандарте заложены ожидаемые требования к чему-либо (к менеджменту, материально-технической базе, уровню безопасности и качества), разработка и внедрение стандартов целесообразна с точки зрения ее социальной и экономической необходимости (для улучшения качества и безопасности медицинской помощи);

Принципы составления стандартов (Международные принципы ISQua для разработки и развития стандартов аккредитации для здравоохранения и социальной помощи):

- **Принцип 1.** Разработка стандартов (стандарты проектируются, разрабатываются и оцениваются путем точного и детального процесса).
- **Принцип 2.** Измерение стандартов (существует система для обеспечения последовательного и прозрачного рейтинга и показателей достижения результатов.).
- **Принцип 3.** Организационная роль, планирование и осуществление (стандарты оценивают потенциал и эффективность медицинских услуг и социальной помощи организаций).
- **Принцип 4.** Безопасность и риски (стандарты включают в себя меры по управлению риском для защиты безопасности пациентов / пользователей услуг, персонала и посетителей).
- **Принцип 5.** Фокус на пациенте/пользователе услуг (стандарты сосредоточены на пациентах / пользователях услуг и отражают непрерывность ухода).
- **Принцип 6.** Качественное осуществление медицинских услуг (стандарты требуют от поставщиков услуг регулярно контролировать, оценивать и улучшать качество услуг).

Источники разработки стандартов:

- Нормативные правовые и нормативные документы системы здравоохранения КР.
- Ранее разработанные национальные стандарты для аккредитации ОЗ.
- Международные стандарты, в том числе материалы/ инициативы ВОЗ в области безопасности и качества.
- Национальные стандарты (клинические руководства/ протоколы в области диагностики, лечения и ИК).

Организация (группировка) стандартов аккредитации осуществлялась по основным разделам профессиональной деятельности (горизонтально):

- управление;
- клиническая безопасность;
- качество медицинских услуг;
- материально-техническая база, безопасность окружающей среды и управление запасами.

Стандарты аккредитации имеют четкую структуру, включающую:

- формулировку стандарта;
- требование стандарта (**конкретизированные рамки требований данного стандарта**)
- оценку выполнения стандарта (**механизмы, критерии и индикаторы выполнения стандарта**)

Система ранжирования и градации стандартов.

Для ранжирования (определения ранга, рейтинга) стандартов применен метод экспертного распределения стандартов на основе использования чисел порядковой, или ординальной (ordinarius - обычный) шкалы. В результате **ранжирования** все стандарты аккредитации разделены на три группы, и каждому стандарту присвоен ранг, указывающий на его значимость (важность, весомость) в совокупности стандартов, применяемых для оценки организации (при проведении аккредитации) по влиянию на качество и безопасность медицинских услуг:

1. Стандарты 1-го ранга - стандарты «А». Содержание стандартов связано:

- с ключевыми (первостепенной важности) требованиями к управлению качеством и безопасности медицинской помощи;

- с ключевыми (первостепенной важности) требованиями и процедурами в области обеспечения и повышения качества и безопасности медицинской помощи.
- 2. Стандарты 2-го ранга - стандарты «Б». Содержание стандартов связано:**
- с основными требованиями и процедурами в области обеспечения и повышения безопасности медицинской помощи;
 - с основными требованиями и процедурами в области обеспечения и повышения качества медицинской помощи;
- 3. Стандарты 3-го ранга - стандарты «В». Содержание стандартов связано:**
- с менее важными требованиями и процедурами, влияющими на безопасность медицинской помощи;
 - с менее важными требованиями и процедурами, влияющими на качество медицинской помощи.

Результаты экспертного ранжирования стандартов для государственных ОЗ, оказывающих стоматологические услуги пациентам в амбулаторных условиях (распределение стандартов аккредитации по рангам: А, Б, В):

Блок 1. «Управление»

№ п/п	Стандарт	Результаты экспертного ранжирования стандартов (стандарты «А», «Б», «В»)
<u>Правоустанавливающие и организационные документы, организационная структура, требования к управленческому аппарату</u>		
1.1.	Учредительные/правоустанавливающие документы ОЗ соответствуют установленным требованиям.	Б
1.2.	Имеются необходимые организационные документы (локальные нормативные акты) ОЗ, соответствующие установленным требованиям.	Б
1.3.	Организационная структура и структура управленческого аппарата способствует реализации миссии/цели, стратегических задач и функций ОЗ.	А
1.4.	Квалификация и компетентность руководства способствуют эффективному управлению ОЗ.	А
<u>Планирование и отчетность</u>		
1.5.	Деятельность ОЗ осуществляется на плановой основе	В
1.6.	Мероприятия, включенные в планы работ, реалистичны, конкретны, измеримы, четко определены во времени, способствуют рациональному использованию ресурсов, обеспечению безопасности и повышению качества медицинской помощи.	Б
1.7.	Обеспечивается своевременная реализация запланированных мероприятий.	А
1.8.	Обеспечивается планирование мероприятий на случай чрезвычайных происшествий и обеспечивается их реализация.	Б
1.9.	Обеспечивается анализ/оценка реализации запланированных мероприятий.	А
<u>Финансовое управление</u>		
1.10.	Организация системы финансового менеджмента способствует реализации миссии/цели, задач и функций ОЗ.	Б
1.11.	Осуществляется регулярный учет и проверка эффективности использования материальных ценностей.	В
<u>Управление человеческими ресурсами</u>		
1.12.	На все штатные должности разработаны должностные инструкции.	В

1.13.	ОЗ укомплектована необходимым количеством компетентного и квалифицированного персонала соответствующим должностным требованиям для оказания медицинских услуг необходимого объема и качества в соответствии со специализацией ОЗ.	А
1.14.	Осуществляется политика постоянного повышения квалификации медицинского персонала.	Б
1.15.	Трудовой и коллективный договора между работодателем и работниками соответствуют нормативным правовым актам о труде.	В
1.16.	Личные дела персонала ОЗ ведутся и хранятся согласно установленному порядку.	В
<u>Управление информацией</u>		
1.17.	Персонал ОЗ имеет доступ к необходимой информации.	В
1.18.	Организация здравоохранения использует автоматизированную информационную систему для повышения эффективности деятельности и рационального расходования ресурсов.	Б
1.19.	ОЗ обеспечивает защиту конфиденциальности, целостности и доступности информации в компьютерной автоматизированной информационной системе.	В
1.20.	Организация здравоохранения использует стандартный процесс управления документацией.	В
1.21.	Локальные нормативные акты, регулирующие повседневную деятельность организации здравоохранения, оформлены в соответствии с установленными требованиями.	В
1.22.	Имеется система регистрации входящей и исходящей корреспонденции и присвоения входящим и исходящим документам условного обозначения.	В
1.23.	Медицинская и другая документация ОЗ, законченная делопроизводством архивируется в соответствии с установленными требованиями.	В
1.24.	Обеспечивается ведение утвержденной статистической отчетности	В
<u>Управление качеством и безопасностью медицинской помощи</u>		
1.25.	Имеется структура, ответственная за управление качеством и безопасностью медицинской помощи.	В
1.26.	Организована и эффективно работает система эпидемиологического надзора за инфекциями, связанными с медицинской помощью.	Б
1.27.	Все инциденты и неблагоприятные события, зарегистрированы, расследованы, проанализированы и используются для улучшения работы.	А
1.28.	Разработан план мероприятий по управлению рисками.	В
1.29.	Разработан и утвержден план мероприятий по управлению качеством медицинской помощи.	В
1.30.	Обеспечивается реализация планов по управлению рисками и качеством. Проводится анализ/оценка эффективности выполнения запланированных мероприятий.	А
1.31.	Обеспечивается внедрение новых научно-обоснованных вмешательств и медицинских технологий, основанных на принципах доказательной медицины.	Б
1.32.	Имеется годовой отчет о деятельности Органа УК.	А
1.33.	В структурных подразделениях ОЗ проводится контроль качества и безопасности медицинской услуг.	А

Блок «Управление» 33 стандарта:

- стандартов 1-го ранга - стандартов «А»- 9 (27,3%);
- стандартов 2-го ранга - стандартов «Б»- 9 (27,3%);
- стандартов 3-го ранга - стандартов «В»- 15 (45,4%).

Блок 2. «Клиническая безопасность»

2.1.	Риски заражения персонала социально значимыми инфекционными заболеваниями при осуществлении профессиональной деятельности идентифицированы и управляются.	Б
2.2.	Персонал проходит инструктаж по технике безопасности.	В
2.3.	Риски при работе с медицинской техникой и оборудованием оценены и управляются.	Б
2.4.	Выполняются правила дезинфекции.	Б
2.5.	В центральном стерилизационном отделении работает обученный персонал	А

	и соблюдается поточность системы работы.	
2.6.	Выполняются правила предстерилизационной очистки, упаковки и загрузки стерилизатора.	А
2.7.	Выполняются правила стерилизации.	А
2.8.	Обеспечивается правильность выгрузки и хранения стерильных изделий медицинского назначения.	А
2.9.	Соблюдается гигиена рук медицинского персонала.	А
2.10.	Перед хирургическими стоматологическими манипуляциями проводится хирургическая обработка рук медицинского персонала.	А
2.11.	Во время оказания стоматологических, услуг медицинский персонал использует средства индивидуальной защиты	А
2.12.	Риски контаминации и получения травм от уколов иглами медицинским персоналом оценены и управляются.	А
2.13.	Сотрудники, имеющие профессиональный риск, обеспечиваются специальным питанием и другими льготами согласно трудовому законодательству.	В
2.14.	Соблюдается режим облучения помещений бактерицидными лампами.	В
2.15.	Соблюдается санитарно-гигиенический режим в помещениях.	Б
2.16.	Соблюдаются правила хранения стоматологических материалов и лекарственных препаратов.	А
2.17.	Имеется система приточно-вытяжной вентиляции с механическим побуждением, где это необходимо.	Б
2.18.	Имеется противошоковая аптечка.	А
2.19.	Имеется аптечка для проведения постконтактной профилактики на случай возникновения биоаварий.	А
2.20.	Имеется аптечка для оказания неотложной (экстренной) медицинской помощи	А
2.21.	Обеспечивается безопасность персонала и пациентов при проведении рентгенологических исследований.	Б
2.22.	Соблюдаются правила безопасности при сборе отходов внутри структурных подразделений.	А
2.23.	Соблюдаются правила безопасности при транспортировке медицинских отходов.	Б
2.24.	Соблюдаются правила обработки и уничтожения медицинских отходов.	Б
2.25.	Имеются условия для соблюдения гигиены персонала.	Б
2.26.	Соблюдаются правила сбора и транспортировки защитной одежды сотрудников.	В
2.27.	Соблюдаются правила стирки, сушки, упаковки и хранения защитной одежды сотрудников.	В

Блок «Клиническая безопасность» 27 стандартов:

- стандартов 1-го ранга - стандартов «А»- 13 (48,1%);
- стандартов 2-го ранга - стандартов «Б»- 9 (33,3%);
- стандартов 3-го ранга - стандартов «В»- 5 (18,5%).

Блок 3. «Качество медицинских услуг»

<u>Доступность медицинских услуг</u>		
3.1.	Медицинские услуги доступны.	В
3.2.	Предоставляется информация об ОЗ и о доступе к услугам.	В
3.3.	Медицинская помощь доступна для пациентов с ограниченными возможностями.	В
3.4.	Время ожидания приема специалистами ОЗ приемлемо для пациентов.	В
3.5.	Медицинское обслуживание учитывает языковые и другие барьеры при оказании медицинской помощи пациентам.	В
3.6.	Персонал ОЗ четко идентифицирован.	В
3.7.	Пациенты информированы о своих правах и свободах, а также системе разбора претензий.	В
3.8.	Информация о пациенте приватна и конфиденциальна, защищена от потери или неправильного использования.	В
3.9.	Пациенту гарантируется неприкосновенность частной жизни, уважение его	В

	чести и достоинства.	
3.10.	ОЗ обеспечивает права пациента, связанные с процессом медицинского обслуживания	В
3.11.	При проведении манипуляций, связанных с риском, берется письменное согласие пациента.	В
3.12.	Оценивается удовлетворенность пациентов, их претензии принимаются во внимание. Существует система для рассмотрения жалоб пациентов.	В
3.13.	Первичная медицинская документация по ведению пациентов стандартная, содержит необходимую информацию и обеспечивает полную идентификацию пациентов.	В
3.14.	Проводится профилактика стоматологических заболеваний.	А
3.15.	Проводится санация ротовой полости пациентам, у которых выявлены заболевания полости рта при проведении профилактических осмотров.	А
3.16.	Объем и качество терапевтического/консервативного лечения стоматологических заболеваний осуществляется в соответствии с утвержденными нормативными документами.	А
3.17.	Объем и качество хирургической стоматологической помощи в амбулаторных условиях осуществляется в соответствии с утвержденными нормативными документами	А
3.18.	Объем и качество ортопедической стоматологической помощи осуществляется в соответствии с утвержденными нормативными документами.	А
3.19.	Обеспечивается полное рентгенологическое исследование депульпированных зубов у пациентов.	Б
3.20.	При терапевтическом и хирургическом лечении стоматологических заболеваний, а также при оказании ортопедической стоматологической помощи применяются современные и безопасные методы обезболивания/анестезии.	А
3.21.	Выполняется минимально необходимый объем диагностических исследований. Диагностические исследования и консультации проводятся квалифицированными лицами.	
3.22.	Пациентам предоставляется санитарно-просветительский наглядный материал.	В
3.23.	Обслуживание пациентов скоординировано между ОЗ и органом социальной защиты.	В

Блок «Качество медицинских услуг» стандартов:

- стандартов 1-го ранга - стандартов «А»- 6 (26,1%);
- стандартов 2-го ранга - стандартов «Б»- 2 (8,7%);
- стандартов 3-го ранга - стандартов «В»- 15 (65,2%).

Блок 4. «Материально-техническая база, безопасность окружающей среды и управление запасами»

4.1.	Имеются удобные подъездные пути с асфальтированным покрытием без дефектов и зона для парковки автотранспорта.	В
4.2.	Размещение СП соответствует гигиеническим требованиям.	В
4.3.	Администрация осуществляет регулярный контроль и оценку окружающей среды.	В
4.4.	Вся медицинская техника зарегистрирована и учтена.	В
4.5.	На все изделия медицинского назначения имеются эксплуатационные документы.	В
4.6.	Проводится регулярная оценка рационального использования изделий медицинской техники.	В
4.7.	Обеспечивается проведение поверки средств измерения.	Б
4.8.	Здания и помещения обеспечены надежными мерами охраны.	В
4.9.	Существуют правила выдачи и возврата ключей от помещений.	В
4.10.	Здания, и помещения СП соответствуют гигиеническим требованиям.	Б
4.11.	Внешняя отделка зданий и внутренняя отделка помещений СП соответствует гигиеническим требованиям нормативных правовых документов	Б
4.12.	Инженерно-техническая инфраструктура здания/помещений СП соответствует установленным требованиям нормативных правовых	А

	документов.	
4.13.	Риск возникновения пожара оценен и управляется.	А
4.14.	В СП имеется система управления запасами медицинской техники и расходными материалами.	Б
4.15.	Обеспечивается наличие необходимого запаса лекарственных препаратов и стоматологических материалов.	А
4.16.	Обеспечивается наличие необходимого запаса изделий медицинского однократного применения и других медицинских расходных материалов.	Б
4.17.	Имеется необходимый набор твердого инвентаря бытового и медицинского назначения.	В
4.18.	Имеется достаточное количество мыло - моющих и дезинфицирующих средств.	А
4.19.	Имеются договора с подрядчиками на предоставление необходимых технических и других услуг.	В
4.20.	Имеются туалеты для пациентов и персонала.	Б
4.21.	Проводятся дератизационные и дезинсекционные мероприятия.	В
4.22.	Для хранения дезинфицирующих и моющих средств и проведения работ по дезинфекции имеется помещение и техническое оснащение.	Б
4.23.	В СП имеются необходимые подразделения/кабинеты.	Б
4.24.	В подразделениях/ кабинетах СП имеется необходимый набор изделий медицинского назначения.	Б

Блок «Материально-техническая база, безопасность окружающей среды и управление запасами» 24 стандарта:

- стандартов 1-го ранга - стандартов «А»- 4 (16,7%);
- стандартов 2-го ранга - стандартов «Б»- 9 (37,5%);
- стандартов 3-го ранга - стандартов «В»- 11 (45,8%).

Всего стандартов 107:

- стандартов 1-го ранга - стандартов «А»- 32 (29,9%);
- стандартов 2-го ранга - стандартов «Б»- 29 (27,1%);
- стандартов 3-го ранга - стандартов «В»- 46 (43%).

Система градации стандартов

Система градации стандартов построена, также как и система ранжирования, на методе использования чисел порядковой шкалы для выражения степени выполнения стандартов в аккредитуемых учреждениях здравоохранения (четырёхзначная оценочная шкала). Система градации дифференцирована, в зависимости от ранга стандартов для придания стандартам 1-го и 2-го ранга большего удельного веса (влияния на результат оценки) в совокупности применяемых стандартов для оценки ОЗ:

Градация Стандартов «А»:

- 0 баллов (абсолютное несоответствие стандарту). Стандарты «А» оцениваются этим баллом, когда все или большая часть требований (более 90%) стандарта не выполняются;
- 1 балл (минимальное соответствие стандарту). Стандарты «А» оцениваются этим баллом, когда выполняется меньшая часть (от 10 до 39%) требований стандарта;
- 2 балла (частичное соответствие стандарту). Стандарты «А» оцениваются этим баллом, когда выполняется большая часть (от 40% до 90%) требований стандарта.
- 5 баллов (полное соответствие стандарту). Стандарты «А» оцениваются этим баллом, когда требования стандарта выполняются свыше 90%.

Градация Стандартов «Б»:

- 0 баллов (абсолютное несоответствие стандарту). Стандарты «Б» оцениваются этим баллом, когда все или большая часть требований (более 90%) стандарта не выполняются;
- 1 балл (минимальное соответствие стандарту). Стандарты «Б» оцениваются этим баллом, когда выполняется меньшая часть (от 10 до 39%) требований стандарта;
- 2 балла (частичное соответствие стандарту). Стандарты «Б» оцениваются этим баллом, когда выполняется большая часть (от 40% до 90%) требований стандарта;
- 4 балла (полное соответствие стандарту). Стандарты «Б» оцениваются этим баллом, когда требования стандарта выполняются свыше 90%.

Градация Стандартов «В»:

- 0 баллов (абсолютное несоответствие стандарту). Стандарты «В» оцениваются этим баллом, когда все или большая часть требований (более 90%) стандарта не выполняются;
- 1 балл (минимальное соответствие стандарту). Стандарты «В» оцениваются этим баллом, когда выполняется меньшая часть (от 10 до 39%) требований стандарта;
- 2 балла (частичное соответствие стандарту). Стандарты «В» оцениваются этим баллом, когда выполняется большая часть (от 40% до 90%) требований стандарта;
- 3 балла (полное соответствие стандарту). Стандарты «В» оцениваются этим баллом, когда требования стандарта выполняются свыше 90%.

Таким образом, влияние на итоговый результат аккредитации стандартов 1-го и 2-го ранга значительнее, чем стандартов 3-го ранга, вследствие:

- более высоких максимальных чисел порядковых оценочных шкал стандартов 1-го и 2-го рангов;
- специфики построения шкалы градации стандартов 1-го и 2-го рангов, которая при неполном выполнении (невыполнении) требований стандартов 1-го и 2-го рангов существенно снижает оценку вышеуказанных стандартов и негативно сказывается на общем результате аккредитации.

Примененная система ранжирования и градации стандартов фокусирует организацию здравоохранения на стремлении к полному выполнению требований, в первую очередь, стандартов 1-го и 2-го рангов для лучшего результата аккредитации.

Стандарты аккредитации для государственных организаций здравоохранения, оказывающих стоматологические услуги пациентам в амбулаторных условиях.

Блок I. «Управление/менеджмент».

Правоустанавливающие и организационные документы, организационная структура, требования к управленческому аппарату

Стандарт 1.1.(Б) Учредительные/правоустанавливающие документы ОЗ соответствуют установленным требованиям.

Требования стандарта.

1. Учредитель (высшее руководство) соответствует требованиям законодательства КР.
2. В Уставе/Положении ОЗ указаны тип, вид, организационно-правовая форма и уровень оказываемой медико-санитарной помощи в соответствии с нормативными правовыми документами системы здравоохранения КР.
3. В Уставе/Положении ОЗ четко отражены, скоординированы между собой, адекватны типу, виду и организационной правовой форме и соответствуют политике здравоохранения в Кыргызской Республике:
 - принципы/ценности (организационная культура, правила, нормы и традиции, регламентирующие поведение сотрудников ОЗ при исполнении ими должностных обязанностей, деловое взаимодействие и межличностное общение);
 - миссия/генеральная цель (видение и смысл существования ОЗ);
 - задачи (долгосрочные стратегии);
 - функции (виды деятельности/оперативные мероприятия ОЗ, направленные на реализацию задач/долгосрочных стратегий ОЗ).

Оценка выполнения стандарта.

Изучается и подвергается оценке Устав/Положение ОЗ с позиций его соответствия требованиям стандарта.

Стандарт 1.2.(Б) Имеются необходимые организационные документы (локальные нормативные акты) ОЗ, соответствующие установленным требованиям.

Требование стандарта

1. Имеется утвержденное штатное расписание, которое обеспечивает формирование штатной профессиональной структуры ОЗ (**медицинский и технический персонал**) для оказания медицинских услуг необходимого объема и качества, соответствующих нормативным правовым требованиям, принятым в Кыргызской Республике.
2. Имеются формализованные Положения о структурных подразделениях ОЗ, которые содержат основы/ключевые моменты организации их деятельности. Положения о структурных подразделениях включают следующие разделы:
 - «общие положения»;
 - «принципы/ценности»;
 - «миссия/цель»;
 - стратегические задачи и функции»;
 - «управление, структура и штаты»;
 - «порядок организации работы».
3. Имеется разработанный документ: «Правила внутреннего трудового распорядка ОЗ» в соответствии со статьей 144 Трудового кодекса КР.

4. Имеется разработанный документ, включающий совокупность этических норм, правил поведения, моральных принципов/ценностей и ответственность медицинских работников ОЗ при осуществлении ими профессиональной деятельности. (например, «кодекс профессиональной этики и принципов медицинского работника»).
5. Персонал информирован об установленных в ОЗ нормах и принципах поведения сотрудников/персонала при осуществлении профессиональной деятельности (данная информация/тематика включена в план обучения персонала) и руководствуется ими при осуществлении профессиональной деятельности.
6. Информация об установленных в организации этических нормах, принципах поведения сотрудников/персонала при осуществлении профессиональной деятельности доступна для пациентов (имеется на информационных стендах для пациентов).

Оценка выполнения стандарта.

1. Проводится оценка штатного расписания с позиций его адекватности для оказания услуг необходимого объема и качества.
2. Проверяется наличие Положений о структурных подразделениях, оценивается их соответствие требованиям стандарта.
3. Проверяется наличие документа «Правила внутреннего трудового распорядка ОЗ», оценивается его соответствие статье 144 Трудового кодекса КР.
4. Проверяется наличие документа, определяющего совокупность этических норм и принципов поведения сотрудников/персонала при осуществлении профессиональной деятельности.
5. Проводится оценка тематического плана обучения медицинского персонала на предмет содержания в нем тематики об установленных в учреждении этических нормах и принципах поведения сотрудников/персонала при медицинском обслуживании пациентов.
6. Проводится осмотр информационных стендов на предмет наличия информации для пациентов об установленных этических нормах, принципах поведения сотрудников/персонала при осуществлении профессиональной деятельности.

Стандарт 1.3. (А) Организационная структура и структура управленческого аппарата способствует реализации миссии/цели, стратегических задач и функций ОЗ.

Требования стандарта.

1. Состав структурных подразделений отвечает потребностям ОЗ для эффективной реализации миссии/цели, задач и функций.
2. Имеющиеся должности управленческого персонала функционально необходимы и целесообразны. В ОЗ имеются лица, ответственные:
 - за управление системой безопасности и повышения качества медицинской помощи;
 - за финансовый менеджмент;
 - за управление информационными системами;
 - за управление человеческими ресурсами;
 - за управление логистикой (обеспечение безопасности окружающей среды, контроль и обслуживание медицинской техники, другого оборудования, помещений и коммуникаций, закупки, поставки, транспорт, сервисные услуги).
3. Имеется утвержденная схема организационной структуры и корпоративных связей ОЗ. Схема четко/адекватно демонстрирует область полномочий/ответственность, соподчиненность и подотчетность персонала ОЗ.
4. Система корпоративных связей способствует эффективной реализации целей и выполнения задач.

Оценка выполнения стандарта.

Анализ и оценке с позиций соответствия требованиям стандарта подвергаются:

1. Штатное расписание ОЗ.
2. Разделы Устава/Положения, в которых отражены положения о структуре и порядке управления деятельностью ОЗ.
3. Схема организационной структуры и корпоративных связей ОЗ.

Стандарт 1.4. (А) Квалификация и компетентность руководителя и его заместителей способствуют эффективному управлению ОЗ.

Требования стандарта.

1. Руководитель ОЗ назначен в соответствии с нормативными правовыми актами системы здравоохранения КР и отвечает следующим квалификационным требованиям:
 - высшее (медицинское, экономическое, государственное управление) образование;
 - дополнительное профессиональное образование и квалификационный сертификат по специальности "Управление здравоохранением"/"Менеджмент организации";
 - опыт работы в системе здравоохранения не менее 7 лет;
 - опыт работы на руководящих должностях (заведующий структурным подразделением, заместитель директора, главного врача и т.д.) не менее 3-х лет.
2. Заместитель руководителя ОЗ и главный специалист по сестринскому делу:
 - имеют высшее медицинское (или средне – специальное медицинское - для главного специалиста по сестринскому делу) образование соответствующее занимаемой должности;
 - соответствуют критериями отбора, установленными в нормативных документах и должностных инструкциях;
 - имеют квалификационные сертификаты в соответствии с основной специальностью;
 - имеют дополнительное профессиональное образование и квалификационный сертификат по специальности "Управление здравоохранением"/"Менеджмент организации".

Оценка выполнения стандарта.

Для оценки на предмет соответствия требованию стандарта подвергаются изучению следующие документы:

- приказы о назначении на должность;
- документы об образовании.
- квалификационные сертификаты;
- сертификаты о дополнительном профессиональном образовании по специальности "Управление здравоохранением"/"Менеджмент организации" руководителя и заместителей руководителя ОЗ.
- должностные инструкции управленческого персонала.

Планирование и отчетность

Стандарт 1.5. (В) Деятельность ОЗ осуществляется на плановой основе.

Требования стандарта.

1. Наличие утвержденного годового комплексного плана работы ОЗ и планов структурных подразделений.
2. Наличие преамбулы (вводная часть) в годовых планах работы, в которых отражены основные/ключевые направления деятельности на текущий год, исходящие из

миссии/цели и стратегических задач ОЗ, Национальных, Государственных и иных программ, в области здравоохранения, а также результатов анализа деятельности за предшествующий период.

3. Структура годового плана работы ОЗ и ее структурных подразделений включает следующие графы:
 - «конкретизированные оперативные мероприятия для реализации цели, стратегических задач и функций»;
 - «ожидаемые результаты от реализации запланированных мероприятий»;
 - «сотрудники, ответственные за выполнение запланированных мероприятий»;
 - «сроки выполнения запланированных мероприятий»;
 - «критерии/индикаторы выполнения запланированных мероприятий»;
 - «отметка о выполнении запланированных мероприятий».
4. Запланированные мероприятия систематизированы по следующим основным разделам:
 - «организационные (организационно-методические) мероприятия и информационное обеспечение»;
 - «мероприятия по обеспечению безопасности/управлению рисками»;
 - «мероприятия по повышению качества»;
 - «работа с кадрами (обучение, оценка профессиональной подготовки/квалификации организация безопасных условий труда и управление стрессовыми ситуациями и др.)»;
 - «финансово-хозяйственная деятельность (формирование бюджета на текущий год, анализ исполнения бюджета, улучшение материально-технической базы и безопасность окружающей среды и др.)»;
 - «другие разделы».
5. Годовые планы работ обсуждены на общем собрании персонала ОЗ (собраниях персонала структурных подразделений) и имеют атрибуты формализации (согласован/подписан **всеми ответственными исполнителями**, имеются грифы «Утверждаю», «Согласовано»).

Оценка выполнения стандарта.

Изучению подвергаются годовой комплексный план работы ОЗ и планы структурных подразделений. Оценивается содержание преамбулы, структура и разделы планов, наличие атрибутов формализации с позиций соответствия требованиям стандарта. Кроме того, изучаются протоколы собраний персонала (организации здравоохранения/структурных подразделений), подтверждающие факт обсуждения годовых планов работы.

Стандарт 1.6. (Б) Мероприятия, включенные в планы работ, реалистичны, конкретны, измеримы, четко определены во времени, способствуют рациональному использованию ресурсов, обеспечению безопасности и повышению качества медицинской помощи.

Требования стандарта.

1. Запланированные мероприятия реалистичны, конкретизированы/детализированы, не дублируют рутинную деятельность персонала по выполнению должностных обязанностей.
2. Запланированные мероприятия измеримы, имеются процедуры, критерии/индикаторы для измерения/оценки выполнения запланированных мероприятий.
3. Запланированные мероприятия четко определены во времени, способствуют рациональному использованию ресурсов организации здравоохранения, обеспечению безопасности и повышению качества медицинской помощи

Оценка выполнения стандарта.

Изучению подвергаются годовой комплексный план работы организации и структурных, оценивается содержание запланированных мероприятий с позиций соответствия требованиям стандарта. Кроме того, оценивается наличие критериев/индикаторов для измерения/оценки выполнения запланированных мероприятий.

Стандарт 1.7.(А) Обеспечивается своевременная реализация запланированных мероприятий.

Требования стандарта.

1. Руководство ОЗ и заведующие подразделениями несут ответственность за осуществление регулярного контроля и мониторинга за реализацией запланированных мероприятий.
2. В планах имеются отметки о реализации запланированных мероприятий, у ответственных лиц имеются формализованные документы, удостоверяющие факт исполнения запланированных мероприятий (приказ, распоряжение, протоколы совещаний, семинаров, конференций, записи в рабочей документации и др.).

Оценка выполнения стандарта.

Подвергаются изучению и оценке:

- годовой комплексный план работы ОЗ и структурных подразделений на предмет выяснения наличия отметок о выполнении запланированных мероприятий;
- приказы, распоряжения, протоколы совещаний, семинаров, конференций, рабочая документация, удостоверяющие реализацию запланированных мероприятий.

Стандарт 1.8.(Б) Обеспечивается планирование мероприятий на случай чрезвычайных ситуаций.

Требования стандарта.

1. В соответствии с нормативными правовыми и нормативными документами в ОЗ сформирована МСГЗ.
2. Имеется план работы МСГЗ ОЗ в условиях чрезвычайных ситуаций (эпидемии, стихийные бедствия, аварии, катастрофы, военная агрессия, терроризм, общественные беспорядки и пр.), согласованный с МЧС. План включает мероприятия по медицинскому обеспечению населения в условиях чрезвычайных ситуаций и подготовку личного состава МСГЗ ОЗ.
3. Имеются документы, отражающие выполнение запланированных мероприятий.
4. Имеется необходимый запас/резерв изделий медицинского назначения и медикаментов на случай чрезвычайных происшествий.

Оценка выполнения стандарта.

Подвергаются изучению и оценке:

- приказ о создании медицинской службы Гражданской защиты;
- план мероприятий на случай чрезвычайных происшествий;
- документы, отражающих проведение запланированных мероприятий (учений);
- запас/резерв изделий медицинского назначения и медикаментов на случай чрезвычайных происшествий.

Стандарт 1.9.(А) Обеспечивается анализ/оценка реализации запланированных мероприятий.

Требования стандарта.

1. Руководство ОЗ и заведующие подразделениями обеспечивают составление отчетов о годовой деятельности ОЗ и ее структурных подразделений/служб с анализом/оценкой:
 - качества/соответствия материально – технической базы;
 - укомплектованности и квалификации кадрового состава;
 - статистических и качественных показателей деятельности;
 - выполнения запланированных мероприятий через установленные (в планах работ) критерии/индикаторы;
 - причин не реализованных запланированных мероприятий;
 - достижения ожидаемых результатов;
 - соблюдения запланированных сроков.
2. В результате анализа деятельности выявляются проблемы (в области материально-технической базы, укомплектованности и квалификации кадрового состава, безопасности и качества оказываемой медицинской помощи) и планируются (намечаются) дальнейшие шаги для решения выявленных проблем.
3. Отчет с анализом деятельности обсужден на общем собрании персонала ОЗ (структурных подразделений).

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие отчетов о годовой деятельности ОЗ и ее структурных подразделений. Изучается и оценивается качество анализа в годовых отчетах учреждения и ее структурных подразделений в соответствии с требованием стандарта.
2. Изучается протокол собрания, на котором обсуждался отчет ОЗ и структурных подразделений, оценивается содержания выступлений участников и внесенные предложения, адекватность принятых решений для улучшения деятельности ОЗ.

Финансовое управление

Стандарт 1.10.(Б) Организация системы финансового менеджмента способствует реализации миссии/цели, задач и функций ОЗ.

Требования стандарта.

1. Руководитель финансово-экономической службы/главный бухгалтер имеет образование, опыт и квалификацию соответствующих критериям отбора на штатную должность, установленными в должностной инструкции.
2. Осуществляется прогнозирование финансовых потребностей ОЗ с учетом потенциальных рисков, планирование бюджета и подготовка отчетов с анализом о финансовой деятельности ОЗ.
3. Годовой бюджет составлен в соответствии со стоимостью затрат запланированных мероприятий и предусматривает необходимые ресурсы для обеспечения профессиональной деятельности и реализации запланированных мероприятий ОЗ. Принята во внимание экономическая эффективность расходов по результатам анализа финансовой деятельности ОЗ за предыдущий год.
В расходной части бюджета ОЗ **в соответствии с реальными потребностями** предусмотрены финансовые средства на:
 - приобретение медикаментов;
 - вакцин для иммунизации детей;
 - приобретение средств индивидуальной защиты для персонала и пациентов;
 - приобретение вакцины для иммунизации персонала против вирусного гепатита «В»;
 - приобретение оборудования и материалов для дезинфекции и стерилизации;

- приобретение мыло моющих изделий, антисептиков и изделий для соблюдения гигиены и обработки рук персонала;
 - мероприятия, связанные с утилизацией медицинских отходов;
 - дополнительное профессиональное образование персонала (усовершенствование, специализация);
 - приобретение инвентаря и изделий медицинского назначения (оборудование, аппараты, приборы, медицинские наборы, инструментарий, одноразовые изделия и материалы, предметы ухода за больными);
 - ремонт и профилактическое обслуживание зданий, коммуникаций, инвентаря и изделий медицинского назначения;
 - поверку средств измерения;
 - прохождение процедуры аккредитации (один раз в три года).
4. Проверяется и оценивается рациональное использование финансовых средств посредством анализа финансовой деятельности ОЗ, аудиторских проверок, отчета перед коллективом ОЗ об исполнении бюджета.

Оценка выполнения стандарта.

Изучаются для оценки выполнения требований стандарта:

- должностная инструкция руководителя финансово-экономической службы/главного бухгалтера;
- документы по осуществлению прогнозирования финансовых потребностей с учетом потенциальных рисков на текущий год;
- план работы финансово-экономической службы на текущий год;
- отчет с анализом финансовой деятельности ОЗ за предыдущий год;
- таблица доходов и расходов (бюджет) по источникам финансирования на текущий год;
- калькуляция стоимости затрат запланированных мероприятий на текущий год;
- анализ финансовой деятельности;
- документы о результатах аудиторских проверок;
- протоколы собраний коллектива ОЗ посвященных отчету финансово-экономической службы об исполнении бюджета.

Стандарт 1.11.(В) Осуществляется регулярный учет материальных ценностей.

Требования стандарта.

1. В ОЗ регулярно проводится инвентаризация:
 - при передаче имущества в аренду, выкупе, продаже;
 - перед составлением годовой бухгалтерской отчетности;
 - при смене материально-ответственных лиц на день приемки и передачи дел;
 - при выявлении фактов хищения, злоупотребления или порчи имущества;
 - в случае стихийного бедствия, пожара или других чрезвычайных ситуаций, вызванных экстремальными условиями.
2. Имеются в наличии приказы руководителя о проведении инвентаризации имущества, которым определены: состав комиссии по проведению инвентаризации, перечень проверяемого имущества, дата проведения.
3. Имеется акт, отражающий факт инвентаризации имущества и обязательств, в ходе которого проверены и документально подтверждены их наличие, состояние и оценка.
4. Имеется в наличии приказ по итогам проведенной инвентаризации в случае недостачи имущества, выявленного в процессе проведенной инвентаризации.
5. Имеются договора с сотрудниками ОЗ о материальной ответственности.

Оценка выполнения стандарта.

Подвергаются изучению и оценке с целью оценки соответствия требованиям стандарта:

- приказы руководителя ОЗ о проведении инвентаризации имущества;
- акт (ы) инвентаризации имущества;
- приказ по итогам проведенной инвентаризации (в случае недостачи имущества, выявленного в процессе проведенной инвентаризации);
- договора о материальной ответственности.

Управление человеческими ресурсами

Стандарт 1.12.(В) На все штатные должности разработаны должностные инструкции.

Требования стандарта.

1. В ОЗ разработаны должностные инструкции на каждую управленческую, медицинскую и техническую штатную должность, которые содержат:
 - «**общие положения**»: критерии отбора специалиста на штатную должность (дипломное и после дипломное образование, опыт работы/практики в соответствии с занимаемой должностью, квалификация/наличие сертификата о присвоении квалификационной категории др.), непосредственная соподчиненность и подотчетность и др.;
 - «**должностные обязанности специалиста**»;
 - «**права специалиста**»;
 - «**ответственность специалиста**».
2. Должностные инструкции имеют атрибуты формализации (согласованы с профсоюзным комитетом и утверждены руководителем учреждения) и находятся в отделе кадров учреждения. У каждого сотрудника имеется копия должностной инструкции в соответствии с занимаемой штатной должностью.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие должностных инструкций на каждую штатную должность в отделе кадров, оценивается их соответствие требованиям стандарта. Выборочно проверяется наличие должностных инструкций у сотрудников.

Стандарт 1.13.(А) ОЗ укомплектована необходимым количеством компетентного и квалифицированного персонала соответствующим должностным требованиям для оказания медицинских услуг необходимого объема и качества в соответствии со специализацией ОЗ.

Требования стандарта.

1. Не менее 50% медицинского персонала, имеют сертификаты (удостоверения) о присвоении квалификационной категории, подтверждающие наличие необходимой компетенции/квалификации (опыт, знания, практические навыки) для осуществления медицинской практики в соответствии со специализацией ОЗ.
2. Процент укомплектованности (соотношение физических лиц к имеющимся штатным единицам) медицинским и техническим персоналом учреждения составляет не менее 75 %. Коэффициент совместительства (соотношение числа занятых должностей к числу физических лиц) для персонала организации не превышает 1,25.
3. Руководитель структурного подразделения ОЗ имеет:
 - сертификат специалиста в соответствующей области медицинской практики в соответствии со специализацией ОЗ;
 - сертификат о присвоении квалификационной категории в соответствующей области медицинской практики в соответствии со специализацией ОЗ;

- опыт работы в соответствующей области медицинской практики в соответствии со специализацией ОЗ не менее 5 лет.
4. Имеются механизмы оценки профессиональной подготовки медицинского персонала в соответствии с предъявляемыми требованиями для занятия определенных штатных должностей (оценка по установленным критериям отбора в должностных инструкциях на каждую штатную должность при приеме на работу/перевод на другую должность, регулярная периодическая оценка профессиональной подготовки медицинского персонала - аттестация). Имеются подтверждающие документы (протоколы аттестаций).
 5. По результатам проведенной оценки профессиональной подготовки медицинского персонала принимаются меры (освобождение от занимаемой должности, направление на обучение, перевод на другую должность) в отношении лиц не соответствующим установленным требованиям.

Оценка выполнения стандарта.

1. Вычисляется процент укомплектованности персоналом, а также, коэффициент совместительства для персонала ОЗ.
2. Подсчитывается процент сотрудников, имеющих квалификационные сертификаты (удостоверения).
3. Изучению и оценке на предмет соответствия требованию стандарта подвергаются документы руководителей структурных подразделений о дипломном и после дипломном образовании, сертификаты об аттестации на квалификационную категорию, трудовые книжки.
4. Проверяется наличие механизмов оценки профессиональной подготовки медицинского персонала в соответствии с предъявляемыми требованиями для занятия определенных штатных должностей. Проверяются личные дела, должностные инструкции и контрольный список персонала организации. Оценивается соответствие квалификации работающего персонала критериям отбора, установленным в должностных инструкциях. Проверяется наличие регулярной периодической оценки профессиональной подготовки медицинского персонала (аттестации).
5. Подвергается оценке адекватность принятых решений по результатам проведенной оценки соответствия медицинского персонала.

Стандарт 1.14.(Б) Осуществляется политика постоянного повышения квалификации медицинского персонала.

Требования стандарта.

1. Прохождение медицинским персоналом последипломных циклов усовершенствования/специализации (в том числе персонала работающего с медицинской техникой и медицинским оборудованием) в соответствии с установленными требованиями к набору обучающих кредит-часов. Прохождение медицинским персоналом последипломных циклов усовершенствования подтверждено документально – наличие сертификатов.
2. Персонал, работающий с медицинской техникой (лечебно-диагностическими медицинскими аппаратами, приборами) и оборудованием обучен правилам их эксплуатации. Имеются документы (удостоверения, сертификаты и пр.) подтверждающие прохождение обучения персонала.
3. В отделе кадров проводится систематический мониторинг и анализ прохождения медицинским персоналом последипломных циклов усовершенствования, с целью определения ежегодного списка лиц, нуждающихся в повышении квалификации и составления плана дополнительного профессионального образования персонала учреждения.
4. Наличие непрерывных внутриорганизационных обучающих программ для медицинского персонала по актуальным вопросам качества и безопасности, по утвержденным

клиническим руководствам (протоколам), стандартам, процедурам и приказам основанных на принципах доказательной медицины. Тематика занятий как минимум включает:

- клиническую безопасность (включая инфекционный контроль, управление медицинскими отходами, безопасность процедур, включая управление рисками при работе с медицинской техникой, безопасный лекарственный менеджмент, охрана здоровья и гигиена труда медицинского персонала и др.);
- ключевые элементы оказания медицинской помощи и медицинского ухода в соответствии с клиническими руководствами/протоколами;
- ключевые моменты безопасности окружающей среды;
- неотложные состояния, первая, экстренная и неотложная помощь;
- этические вопросы взаимоотношения между медицинскими сотрудниками и пациентами, включая права пациентов/потребителей медицинских услуг.

Обучение осуществляется в форме проведения конференций, тренингов и семинарских занятий. Разработаны тесты для оценки знаний до обучения и оценки эффективности обучения (- пре и – пост тестирование).

Оценка выполнения стандарта.

1. В отделе кадров ОЗ подвергаются оценке:
 - контрольный список персонала;
 - годовой план дополнительного (последипломного) профессионального образования персонала;
 - личные дела сотрудников на предмет наличия своевременного усовершенствования по медицинским специальностям
 - наличие документов, подтверждающих прохождение обучения персонала работающего с медицинской техникой (лечебно-диагностическими медицинскими аппаратами, приборами и оборудованием) и оборудованием.
2. Изучаются обучающие программы для врачей и среднего медицинского персонала, которые оцениваются с позиций соответствия тематики занятий требованиям стандарта. Кроме того, изучаются протоколы проведения обучения и результаты тестирования.
3. Проводится анкетирование медицинского персонала на предмет проведения обучающих мероприятий по утвержденным клиническим руководствам (протоколам), стандартам, процедурам и приказам основанных на принципах доказательной медицины.

Стандарт 1.15.(В) Трудовой и коллективный договора между работодателем и работниками соответствуют нормативным правовым актам о труде.

Требования стандарта.

1. Трудовые отношения всех работников с ОЗ регулируются трудовыми договорами. Трудовые договора соответствуют статье 54 Трудового кодекса КР и в обязательном порядке содержат положения статей 19 и 20 Трудового кодекса КР (права и обязанности работника и работодателя).
2. Коллективный договор заключен на принципах, определенных в Трудовом кодексе КР. Коллективный договор содержит основные положения статьи 42 Трудового кодекса КР, в том числе положения о создании здоровых и безопасных условий труда, улучшении охраны здоровья, гарантиях медицинского страхования работников, охране окружающей среды.
3. Реализация положений Коллективного договора обсуждается на собраниях коллектива (имеются протоколы с решениями собраний).

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие трудовых договоров, заключенных медицинской организацией с

- работниками, оценивается их соответствие статьям 19, 20 и 54 Трудового кодекса КР.
2. Проверяется наличие Коллективного договора, оценивается его соответствие статье 42 Трудового кодекса КР.
 3. Проверяется наличие протоколов собраний коллектива по обсуждению реализации положений Коллективного договора.

Стандарт 1.16.(В) Личные дела персонала ОЗ ведутся и хранятся согласно установленному порядку

Требования стандарта.

1. Отдел кадров (далее ОК) расположен в отдельном помещении, оборудованном металлическим сейфом и запирающимися шкафами. Входная дверь в помещение ОК металлическая, а окна защищены металлическими решетками.
2. Личные дела персонала хранятся в помещении ОК в сейфах или запирающихся шкафах и недоступны для посторонних лиц.
3. Личное дело каждого сотрудника включает: внутреннюю опись документов, заявление о приеме на работу, личный листок по учету кадров, автобиографию, копии документов об образовании (диплома, документов о прохождении ординатуры или интернатуры, специализации, курсов повышения квалификации), выписки из приказов о назначении, перемещении, увольнении и трудовую книжку.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится оценка помещения ОК в соответствии с требованиями стандарта. Проверяется правильность хранения личных дел персонала в отделе кадров (в сейфе или запирающемся шкафу). Выборочно проверяются личные дела врачебного, среднего медицинского и прочего персонала на предмет наличия необходимых документов.

Управление информацией

Стандарт 1.17.(В) Персонал имеет доступ к необходимой информации.

Требование стандарта.

1. В ОЗ/структурных подразделениях имеется пакет действующих нормативных правовых актов (доступный для персонала) регулирующих профессиональную деятельность в электронном виде или в виде бумажных носителей информации, в том числе:
 - Законы КР (общее законодательство и по вопросам охраны здоровья);
 - Государственные и Национальные программы КР по вопросам охраны здоровья;
 - Приказы и Инструкции МЗКР, регулирующие деятельность ОЗ в области безопасности и качества медицинских услуг;
 - Принятые в КР клинические руководства и протоколы, основанные на принципах доказательной медицины.
2. Имеется механизм регулярной актуализации (изъятие из работы нормативных правовых и нормативных актов, утративших силу, дополнение пакета вновь принятыми и утвержденными нормативными правовыми актами) пакета нормативных правовых актов.
3. Персонал ОЗ имеет доступ к интернет-ресурсам для осуществления профессиональной деятельности, ознакомления с достижениями и инновационными технологиями в области профессиональной деятельности.
4. ОЗ осуществляет информационное обеспечение текущей деятельности персонала. Имеются ясные и эффективные механизмы связи для передачи информации по ОЗ (структурному подразделению), включающие:
 - доски объявлений (информационные стенды) для объявлений;
 - планерки;

- производственные собрания.

Информация на досках объявлений (информационных стендах) для персонала регулярно актуализируется. Планерки проводятся регулярно не менее одного раза в неделю. Повестки производственных собраний направлены на решение актуальных задач ОЗ.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие действующего перечня и пакета нормативных правовых актов в соответствии с требованиями стандарта и его доступность для персонала.
2. Проверяется наличие механизма регулярной актуализации пакета нормативных правовых актов (опрос ответственных лиц).
3. Проверяется наличие доступа в интернет для сотрудников ОЗ.
4. Проверяется наличие механизмов связи для передачи информации по ОЗ путем осмотра досок объявлений (информационных стендов) для персонала, оценивается актуальность информации на стендах. Просматриваются журналы протоколов планерок и производственных собраний, оценивается регулярность проведения планерок и актуальность повесток производственных собраний. Проводится опрос персонала на предмет механизмов связи, оценивается их эффективность.

Стандарт 1.18.(Б) Организация здравоохранения использует автоматизированную информационную систему для повышения эффективности деятельности и рационального расходования ресурсов.

Требования стандарта.

1. ОЗ использует автоматизированную информационную систему, обеспечивающую:
 - учет, хранение и передачу необходимой информации по назначению;
 - взаимосвязь процессов/компонентов профессиональной деятельности.
 - необходимую обработку учетных данных для проведения анализа (в том числе финансово-экономического) анализа деятельности и принятия необходимых корректирующих действий для повышения качества и эффективности/производительности профессиональной деятельности, а также, для рационального использования ресурсов.
2. Имеются необходимые ресурсы поддерживающие автоматизированную информационную систему ОЗ (компьютеры, сервер, прикладные программы, лицензионное программное обеспечение, техническое обслуживание).
3. Проведено тестирование автоматизированной информационной системы программного обеспечения и необходимое обучение персонала.
4. Предусмотрены финансовые средства для технического обслуживания и необходимых периодических обновлений автоматизированной информационной системы.

Оценка выполнения стандарта.

В ОЗ проверяется:

- наличие автоматизированной информационной системы и необходимых ресурсов поддерживающих автоматизированную информационную систему ОЗ ;
- использование автоматизированной информационной системы, отвечающее требованиям стандарта;
- факт обучения персонала пользованию автоматизированной информационной системой;
- наличие финансовых средств на техническое обслуживание и периодическое обновление автоматизированной информационной системы.

Стандарт 1.19.(В) ОЗ обеспечивает защиту конфиденциальности, целостности и доступности информации в компьютерной автоматизированной информационной системе.

Требования стандарта.

1. Доступ к информации предоставляется только авторизованным лицам (ограниченному кругу лиц), когда это необходимо для исполнения своих служебных обязанностей.
2. Информация защищена от намеренного несанкционированного (неавторизованного) доступа с целью раскрытия, использования, изменения (по сравнению с исходным состоянием) или уничтожения.
3. Имеется система создания и хранения резервных копий электронных документов (файлов) с возможностью их восстановления в случае случайного (ошибки, технические сбои) или намеренного уничтожения и изменения.

Оценка выполнения стандарта.

Путем опроса должностных лиц в ОЗ оценивается система защиты конфиденциальности, целостности и доступности информации в компьютерной автоматизированной информационной системе в соответствии с требованием стандарта

Стандарт 1.20.(В) Организация здравоохранения использует стандартный процесс управления документацией.

Требования стандарта.

1. В соответствии с требованиями «Типовой инструкции по делопроизводству в Кыргызской Республике» в ОЗ составлена сводная номенклатура дел, которая включает разделы/фрагменты всех структурных подразделений, служб, должностных лиц управленческого и технического аппарата, комитетов/комиссий.
2. В каждом структурном подразделении (у должностных лиц управленческого и технического аппарата, комитетов/комиссий) имеется раздел сводной номенклатуры дел в соответствии со спецификой профессиональной деятельности.
3. Сводная номенклатура дел согласована с экспертно-проверочной комиссией территориального государственного архива, куда документы поступают на государственное хранение и утверждена руководителем ОЗ.
4. Наименования разделов в сводной номенклатуре дел соответствуют штатному расписанию и каждому разделу присвоен условный цифровой идентификатор (индекс).
5. Разделы сводной номенклатуры дел включают все необходимые заголовки дел/документации заводимых в ОЗ /структурных подразделениях.
6. Документы хранятся в папках/делах, которые проиндексированы в соответствии с номенклатурой дел.
7. Имеются все дела, указанные в соответствующих разделах сводной номенклатуры дел.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие сводной номенклатуры дел у делопроизводителя и ее разделов в структурных подразделениях (у должностных лиц управленческого и технического аппарата, комитетов/комиссий).
2. Проверяется наличие элементов формализации сводной номенклатуры дел в соответствии с требованиями стандарта (утверждение, согласование).
3. Оценивается структура/состав разделов сводной номенклатуры, ее соответствие требованиям «Типовой инструкции по делопроизводству в Кыргызской Республике», штатному расписанию ОЗ и правильность цифровой идентификации (индексации) разделов.

4. Проверяется наличие/полнота необходимых заголовков дел в сводной номенклатуре дел ОЗ.
5. Проверяется наличие дел, указанных в соответствующих разделах сводной номенклатуры дел и правильность их индексации на основе номенклатуры дел.

Стандарт 1.21.(В) Локальные нормативные акты, регулирующие повседневную деятельность организации здравоохранения, оформлены в соответствии с установленными требованиями.

Требования стандарта.

Локальные нормативные акты (внутренние приказы, распоряжения, указания, правила внутреннего распорядка, положения) регламентирующие повседневную деятельность ОЗ/структурных подразделений/комиссий:

- оформлены в соответствии с «Типовой инструкцией по делопроизводству в КР» или другими типовыми документами;
- имеют атрибуты формализации (утверждены и подписаны руководителем ОЗ);
- имеют дату ввода в действие;
- обновляются/актуализируются по мере необходимости.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяются локальные нормативные акты ОЗ, оценивается их соответствие требованиям стандарта.

Стандарт 1.22.(В) Имеется система регистрации входящей и исходящей корреспонденции и присвоения входящим и исходящим документам условного обозначения.

Требования стандарта.

В соответствии с требованиями «Типовой инструкции по делопроизводству в Кыргызской Республике»:

1. Вся входящая и исходящая документация, требующая учета, исполнения и пользования, зарегистрирована (фиксация факта создания или поступления документа путем записи необходимых сведений о документе в регистрационных формах - журналах регистрации входящей и исходящей корреспонденции и проставления на документе регистрационного номера).
2. Осуществляется правильное присвоение входящим и исходящим документам условного обозначения/регистрационного номера (порядковый номер по журналам регистрации входящей и исходящей корреспонденции, дополненный индексом структурного подразделения и индексом дела по номенклатуре дел).
3. Осуществляется правильное ведение регистрационных форм - журналов регистрации входящей и исходящей корреспонденции. Журналы регистрации входящей и исходящей корреспонденции пронумерованы, прошнурованы и скреплены печатью.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется:

1. Наличие регистрационных форм - журналов регистрации входящей и исходящей корреспонденции. Кроме того,
2. Состав обязательных реквизитов в графах журналов регистрации входящей и исходящей корреспонденции, соответствие требованиям «Типовой инструкции по делопроизводству в Кыргызской Республике», правильность их оформления и заполнения.
3. Правильность присвоения входящим и исходящим документам условного обозначения/регистрационного номера и оформления журналов регистрации входящей и исходящей корреспонденции.

Стандарт 1.23.(В) Медицинская и другая документация ОЗ, законченная делопроизводством архивируется в соответствии с установленными требованиями.

Требования стандарта.

В соответствии с требованиями «Типовой инструкции по делопроизводству в Кыргызской Республике» к организации оперативного хранения документов:

1. Законченные делопроизводством документы ОЗ /структурных подразделений и медицинские карты выбывших (умерших) пациентов хранятся в специально предназначенном для этого месте (архив ОЗ). Документы систематизированы и подготовлены для хранения в архиве в соответствии с «Типовой инструкцией по делопроизводству в Кыргызской Республике» (**проведена экспертиза ценности документов, составлены и оформлены описи дел**).
2. Помещение архива достаточной площади, в хорошем техническом состоянии, оборудовано металлическими стеллажами (шкафами), системой естественной вентиляции, средствами пожаротушения и стремянками. Микроклимат в помещении архива соответствует установленным нормативам. В помещениях архива не проходят магистральные трубопроводы и имеются средства защиты от краж (металлические двери, решетки на окнах).
3. Назначено ответственное лицо, ответственное за организацию работы архива. Имеется Положение об архиве, регламентирующее организацию работы архива и требования к помещению архива, ведется соответствующая документация.
4. Создана система научно-справочного аппарата (описи, каталоги, базы данных) к документам архива. Создана экспертная комиссия для организации и проведения методической и практической работы по экспертизе ценности документов, отбору и подготовке к передаче на государственное хранение документов Национального архивного фонда Кыргызской Республики, образующихся в процессе деятельности ОЗ и др.. Имеется Положение об экспертной комиссии.
5. Проводится работа по экспертизе ценности документов, хранящихся в архиве (при отборе их на государственное хранение).

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие штатной единицы и физического лица, ответственного за организацию работы архива.
2. Проводится осмотр помещения архива и изучение документации архива и экспертной комиссии. Оценивается состояние помещения/коммуникаций и техническое оборудование архива, а также наличие и качество ведения необходимой документации, системы научно-справочного аппарата к документам архива и проведение необходимых процедур/работ (экспертизы ценности документов) в соответствии с требованиями стандарта.

Стандарт 1.24.(В) Обеспечивается ведение утвержденной статистической отчетности.

Требования стандарта.

1. Официально назначенное лицо несет ответственность и обеспечивает контроль ведения статистической отчетности по формам, утвержденным постановлением Национального статистического комитета.
2. Имеется компьютерная техника. В ОЗ имеется штатная(ые) единица(ы) для ведения статистической отчетности, которая укомплектована специалистом, владеющим необходимыми навыками работы на компьютере и обученным ведению статистической отчетности.

3. ОЗ обеспечивает достоверность статистической отчетности, и передачу их в базу данных ЦЭЗ.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие статистической отчетности по формам, утвержденным постановлением Национального статистического комитета, компьютерной техники, программного обеспечения для ведения статистической отчетности, штатных единиц и обученных специалистов для ведения статистической отчетности.

Управление рисками и качеством медицинских услуг

Стандарт 1.25.(В) В ОЗ имеется структура, ответственная за управление рисками и качеством медицинских услуг.

Требования стандарта.

1. Для осуществления функции управления рисками и качеством медицинских услуг, в соответствии с действующими нормативными актами (приказами) МЗ КР, в ОЗ создана организационная структура - **Орган УКМУ** (имеется приказ о создании Органа УКМУ).
2. Орган УКМУ возглавляется заместителем руководителя ОЗ по лечебной работе или другим официально назначенным компетентным лицом. Состав Органа УК состоит из компетентных специалистов в области качества и безопасности медицинских услуг исходя из штатной структуры ОЗ (заведующие структурными подразделениями, главный специалист сестринского дела, специалист(ы) инфекционного контроля, инженерно-технический специалист, если таковой имеется в штатной структуре ОЗ).
3. Разработано Положение «Об Органе УКМУ» в соответствии с действующим нормативным актом (приказом) МЗ КР.
4. Члены Органа УКМУ прошли соответствующие подготовку (если это возможно), подтвержденную сертификатами.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие приказа руководителя ОЗ о создании Органа УКМУ, в соответствии с действующим нормативным актом (приказом) МЗ КР .
2. Оценивается профессиональный состав Органа УКМУ в соответствии с требованиями стандарта.
3. Проверяется наличие Положения «Об Органе УКМУ», оценивается его структура и содержание в соответствии с действующим нормативным актом (приказом) МЗ КР.
4. Проверяется наличие сертификатов у членов Органа УКМУ о прохождении соответствующей подготовки.

Стандарт 1.26.(Б) Организована и эффективно работает система эпидемиологического надзора за инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи.

Требования стандарта.

1. В ОЗ (у специалистов ИК и в структурных подразделениях) имеются действующие нормативные правовые и нормативные документы (приказы МЗКР), регламентирующие организацию эпидемиологического надзора за ИСМП, список нозологических форм ИСМП, подлежащих внутреннему учету и регистрации.
2. На случаи ИСМП, обусловленные патогенными микроорганизмами (менингит, дифтерия, вирусные гепатиты, сепсис, мастит, кишечные инфекции и т.д.) и вспышки ИСМП подается экстренное извещение в территориальное учреждение ЦПЗиГСЭН.
3. Имеются журналы регистрации случаев ИСМП.
4. На каждый случай ИСМП заполняется эпидемиологическая карта.

5. Имеются данные по анализу заболеваемости ИСМП в виде таблиц, графиков.
6. Диагноз и регистрация случаев ИСМП производится на основании стандартных определений случаев.
7. Орган УКМУ/специалисты ИК и заведующие структурными подразделениями несут ответственность за достоверность выявления и регистрацию случаев ИСМП.
Подсчитывается индикатор за предыдущий год:
процент выявления случаев ИСМП (количество случаев ИСМП x 100% / общее количество пролеченных пациентов).
8. Орган УКМУ/специалисты ИК проводят расследование/анализ случаев ИСМП, результаты которых обсуждаются на заседаниях Органа УКМУ и врачебных конференциях и используются для улучшения работы.

Оценка выполнения стандарта.

1. В ОЗ (у специалистов ИК и в структурных подразделениях) проверяется наличие действующих нормативных правовых и нормативные документов, регламентирующих организацию эпиднадзора за ИСМП, список ИСМП, подлежащих внутреннему учету и регистрации, документация по учету и регистрации ИСМП в соответствии с требованием стандарта.
2. Оценивается работа по проведению расследований/анализа случаев ИСМП. Проверяются наличие актов/протоколов расследования/анализа случаев ИСМП, протоколов заседаний Органа УКМУ и врачебных конференций и наличие конкретных решений для улучшения работы.
3. Оценивается степень достоверности выявления ИСМП.

Стандарт 1.27.(А) Все инциденты зарегистрированы, расследованы, проанализированы и используются для улучшения работы.

Требования стандарта.

1. Имеется документированная утвержденная/подписанная процедура, регламентирующая правила регистрации/документирования, расследования и передачи информации об инцидентах (критические случаи, ошибки, дефекты, неблагоприятные события), включая профессиональные заболевания персонала.
2. Вся информация о ранее случившихся инцидентах:
 - связанных с процессом медицинской помощи (медикаментозные реакции, биоаварии, осложнения лечебных и диагностических вмешательств, ошибки медицинского персонала, нарушения техники безопасности, последствия воздействия ионизирующего излучения и др.);
 - связанных с окружающей средой и активами ОЗ (негативное воздействие на окружающую среду, пожар, травматизм/падения, пропажа/кража имущества, неадекватный температурный режим, аварии коммуникаций, отключения электроэнергии, негативные последствия халатности/неэффективности управления активами, нехватка финансов и материальных средств и др.);
 - связанных со здоровьем персонала (заболевания, травматизм, стрессовые ситуации, последствия контакта с вредными факторами и др.)

собрана из всех возможных источников (ретроспективный анализ документации, опросы/интервью, анкетирование, наблюдение за процессом оказания медицинской помощи, отчетность сотрудников об инцидентах, результаты их расследования, анализ жалоб и судебных исков пациентов, обзор и мониторинг электронных баз медицинских данных, медицинские форумы).

3. Информация об инцидентах официально зарегистрирована/документирована (журнал регистрации инцидентов, медицинская карта, личное дело сотрудника).
4. Органом УКМУ проводится оперативное расследование/анализ всех инцидентов,

- включая профессиональные заболевания персонала, в соответствии с установленными правилами, имеются акты/протоколы.
5. Результаты расследований/анализа всех инцидентов обсуждены (на клинических конференциях, производственных собраниях) и использованы для улучшения работы (приняты адекватные меры для их предотвращения).
 6. Информация об инцидентах предоставляется в соответствующей форме (служебная/докладная записка, объяснительная записка, письмо, акт и др.) и в установленные сроки соответствующим должностным лицам или компетентным органам.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется:

- наличие документированной процедуры, регламентирующей правила регистрации/документирования, расследования и передачи информации об инцидентах;
- оценивается на предмет соответствия требованиям стандарта работа по сбору информации о ранее случившихся, инцидентах;
- наличие факта регистрации информации об инцидентах;
- документы (акты/протоколы), подтверждающие проведение расследования/анализа всех инцидентов в соответствии с установленными правилами, оценивается адекватность сделанных выводов;
- факт обсуждения результатов расследования/анализа всех инцидентов на клинических конференциях (производственных собраниях);
- проведение оценки адекватности принятых мер для предотвращения инцидентов;
- факт своевременной передачи информации об инцидентах должностным лицам или компетентным органам в соответствии с требованием стандарта.

Стандарт 1.28(В). Разработан план управления рисками медицинских услуг и окружающей среды.

Требования стандарта.

1. Орган УКМУ ежегодно:
 - выявляет/идентифицирует, ведет документальный учет фактических (выявленных, доказанных) и потенциальных рисков и их источников возникновения (подразделения, процедуры, медицинская техника, оборудование и материалы);
 - оценивает риски (вероятность/частота наступления опасности, прогнозирование уровня потерь и последствий), ранжирует их по степени представляемых угроз;
 - разрабатывает мероприятия для устранения, изоляции или минимизации значимых рисков (план управления рисками), связанных с медицинской деятельностью и окружающей средой.
2. План управления рисками основан на проведенном анализе/оценке рисков. Составными частями плана управления рисками являются:
 - преамбула к плану-программе, где четко идентифицированы ключевые риски и подразделения, которые являются потенциально опасными в отношении развития рисков;
 - программа инфекционного контроля, разработанная на основании результатов эпидемиологического надзора за ИСМП, анализа заболеваемости ИСМП, оценки рисков передачи инфекций;
 - управление рисками при работе с медицинской техникой;
 - безопасный лекарственный менеджмент (оценка потребности в лекарственных средствах, составление списка и спецификации по рациональным закупкам, мониторинг закупок, контроль правил хранения, распределения, учета, отчетности и

- рационального использования лекарственных средств, предотвращение медикаментозных ошибок, адекватное воздействие на последствия побочных действий лекарств и медикаментозные ошибки, анализ случаев побочного действия лекарственных средств и его использование для улучшения деятельности);
- управление рисками персонала (мероприятия по охране здоровья и гигиене труда медицинского персонала, включая мероприятия по контролю рабочей нагрузки, управлению стрессовыми ситуациями и производственными рисками);
 - контроль рисков, связанных с окружающей средой (мероприятия по противопожарной безопасности, по безопасности зданий, помещений и коммуникаций, по хранению опасных веществ, управление риском краж и насилия, обеспечение надлежащего микроклимата, дератизация и дезинсекция и др.);
 - расследование инцидентов.
4. План управления рисками имеет следующую структуру: **мероприятия, исполнители, сроки исполнения, критерии/индикаторы оценки выполнения запланированных мероприятий и отметка об исполнении.** Имеются все необходимые атрибуты формализации (наличие грифа «Утверждаю», подпись лица, утвердившего план, заверенная печатью, дата утверждения).

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие плана управления рисками, проводится его оценка соответствия требованиям стандарта по структуре и содержанию, наличия атрибутов формализации.

Стандарт 1.29.(В) Разработан и утвержден план мероприятий по улучшению качества медицинской помощи.

Требования стандарта.

1. Члены Органа УКМУ разработали годовой план мероприятий по улучшению качества медицинской помощи, который основанный на анализе деятельности ОЗ за предыдущий год. План содержит следующую структуру мероприятия, исполнители, сроки исполнения, критерии/индикаторы оценки выполнения запланированных мероприятий и отметка об исполнении.
2. План включает следующие мероприятия:
 - внедрение клинических руководств/протоколов, приказов, алгоритмов, стандартов, основанных на принципах доказательной медицины (лучшей практики), посредством проведения обучающих тренингов;
 - мониторинг и оценка качества организации предоставления медицинской помощи (экспертная оценка диагностики и лечения пациентов в соответствии с клиническими руководствами и протоколами, основанными на принципах доказательной медицины);
 - оценка профессиональной подготовки медицинских работников (аттестация);
 - внедрение механизмов обратной связи с пациентами для оценки и улучшения качества оказываемых услуг;
 - анализ и разбор смертности;
 - расследование инцидентов, критических случаев, ошибок, дефектов и неблагоприятных событий в медицинской практике;
 - оценка качества организации медицинского обслуживания (своевременность выполнения назначений, санитарно-просветительская работа);
 - информационное обеспечение профессиональной деятельности персонала (обеспечение нормативными правовыми документами, клиническими руководствами протоколами);
 - мероприятия по выполнению Законов и Постановлений Правительства КР, Национальных, Государственных и иных программ в области здравоохранения;

- другие мероприятия по качеству.
3. План работы имеет все необходимые атрибуты формализации: наличие грифа «Утверждаю», подпись лица утвердившего план заверенная печатью, дата утверждения.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие плана работы мероприятий по улучшению качества медицинской помощи, проводится его оценка соответствия требованиям стандарта по структуре и содержанию, наличия атрибутов формализации.

Стандарт 1.30.(А) Обеспечивается реализация планов по управлению рисками и качеством. Проводится анализ/оценка эффективности выполнения запланированных мероприятий.

Требования стандарта.

1. Мониторинг и контроль выполнения запланированных мероприятий по управлению рисками и улучшению качества осуществляется **«рутинно»**, в рамках должностных обязанностей членов Органа УКМУ, **и в рамках процедуры клинического аудита структурных подразделений учреждения ежеквартально.**
2. У членов Органа УКМУ имеются рабочие унифицированные формы (тетради/журналы, чек-листы, акт/протокол и др.), которые используются для документирования результатов рутинных и периодических проверок, со спецификой для каждого структурного подразделения.
3. Определены инструменты для проведения рутинных проверок и клинических аудитов (стандарты, инструменты ИК, индикаторы и инструменты для оценки качества и безопасности медицинских услуг, принятые в КР, со спецификой для каждого структурного подразделения учреждения).
4. Осуществляется анализ/оценка эффективности результатов (анализ результатов выполнения запланированных мероприятий в отчете Органа УКМУ, обсуждение/оценка результатов на заседаниях Органа УКМУ и клинических конференциях с выявлением слабых мест, проблем и мероприятий/процедур, не приведших к эффективным результатам). Проведенный анализ/оценка эффективности результатов выполнения запланированных мероприятий используется разработки конкретных решений, новых направлений/мероприятий и процедур для повышения эффективности и улучшения качества/безопасности.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие рабочих унифицированных форм, отражающих результаты «рутинного» мониторинга/контроля выполнения запланированных мероприятий и проведения клинических аудитов. Оценивается регулярность и объем проведенной работы по мониторингу и контролю выполнения плана по управлению рисками и улучшению качества.
2. Оценивается наличие инструментов для проведения рутинных проверок и клинических аудитов.
3. Проводится опрос/анкетирование персонала ОЗ на предмет проведения «рутинных проверок», клинических аудитов (проводятся или нет, что проверяется), конференций, посвященных обсуждению результатов клинических аудитов.
4. Оценивается регулярность проведения заседаний Органа УКМУ, клинических конференций, активность и «не формальность» обсуждения результатов мониторинга и контроля выполнения плана управления рисками и плана мероприятий по качеству.
5. Оценивается адекватность/инновационность принятых решений, новых направлений/мероприятий и процедур (в результате анализа/оценки эффективности результатов выполнения запланированных мероприятий) для улучшения качества и

безопасности.

Стандарт 1.31.(Б) Обеспечивается внедрение новых научно-обоснованных вмешательств и медицинских технологий, основанных на принципах доказательной медицины.

Требования стандарта.

1. В ОЗ проводится работа по внедрению новых, перспективных научно-обоснованных вмешательств и медицинских технологий, основанных на принципах доказательной медицины. Основой работы по внедрению является внедрение клинических руководств/протоколов, основанных на принципах доказательной медицины.
2. Работа по внедрению включена в годовой план Органа УКМУ.
3. Внедряемые клинические руководства/протоколы, внутренние разработанные в организации документированные процедуры и другие медицинские технологии проходят определенную формализованную форму (механизм) внедрения (конференции, тренинги, семинары, оформление «актами внедрения» и утверждение их на заседаниях Органа УКМУ). Выполненная учреждением работа по внедрению отражена в годовом отчете Органа УКМУ.
4. Реализация/выполнение запланированных внедрений регулярно отслеживается.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие мероприятий по внедрению в годовом плане Органа УКМУ, отражение проведенной работы по внедрению в годовом отчете Органа УКМУ, «формализованных документов, подтверждающих проведение внедрений («акты внедрения», протоколы конференций, тренингов, семинаров). Оценивается полнота выполненных мероприятий по внедрению, наличие определенных механизмов (форм) внедрения, актуальность внедрений и правильность оформления «актов внедрения».

Стандарт 1.32.(А) Имеется годовой отчет о деятельности Органа УКМУ.

Требования стандарта.

1. Орган УКМУ в конце года составляет отчет с проведением всестороннего анализа/оценки эффективности выполнения запланированных мероприятий и результатов индикаторов/показателей качества оказываемой медицинской помощи (мероприятий по управлению рисками и по качеству медицинской помощи). В отчете сделаны выводы, выявлены проблемы и намечены последующие шаги для их решения/улучшений.
2. Годовой отчет Органа УКМУ обсужден на общем собрании коллектива ОЗ и используется для улучшения работы.
3. Годовой отчет о деятельности Органа УКМУ доступен для общественности - расположен на информационном стенде и веб-сайте ОЗ .

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие годового отчета с анализом выполнения запланированных мероприятий. Оценивается качество составления отчета и проведенного анализа, наличие выводов, выявленных проблем и последующих шагов для их решения. Кроме того, проверяется наличие протокола общего собрания коллектива, посвященного обсуждению годового отчета о деятельности Органа УКМУ.
2. Проверяется наличие информации о годовом отчете Органа УКМУ на информационном стенде и веб-сайте ОЗ.

Стандарт 1.33.(А) В структурных подразделениях ОЗ проводится контроль качества и безопасности медицинских услуг.

Требования стандарта.

1. Руководителем и старшей медицинской сестрой структурного подразделения ОЗ регулярно проводится контроль качества и безопасности медицинских услуг (обходы помещений, экспертиза медицинской документации), ведется документация по контролю качества и безопасности (все выявленные дефекты документально зафиксированы).
2. Случаи выявленных недостатков в области качества и безопасности медицинских услуг разбираются на производственных собраниях в подразделениях (**имеются протоколы собраний**), принимаются адекватные меры (планируются мероприятия, действия) для нивелирования недостатков и улучшения работы. Отслеживается реализация принятых на собраниях мероприятий (действий) для нивелирования недостатков и улучшения работы.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие документации, отражающей проведение контроля качества и безопасности медицинских услуг, оценивается адекватность механизмов контроля и регулярность его проведения. Кроме того, проверяется наличие протоколов производственных собраний, посвященных разбору выявленных недостатков в области качества и безопасности медицинских услуг, оценивается:

- адекватность (правильность) принимаемых мер (шагов) для нивелирования недостатков и улучшения работы;
- проведение мониторинга выполнения мероприятий (действий) для нивелирования недостатков и улучшения работы.

Блок II «Клиническая безопасность».

Стандарт 2.1.(Б) Риски заражения персонала социально значимыми инфекционными заболеваниями при осуществлении профессиональной деятельности оценены и управляются.

Требования стандарта.

Каждое структурное подразделение ОЗ ежегодно разрабатывает и реализовывает мероприятия (в годовом плане рабочей группы по УК) по устранению, изоляции или минимизации рисков заражения персонала социально значимыми инфекционными заболеваниями, включая следующие аспекты:

- прохождение диагностического скрининга персоналом подразделения ОЗ на гепатиты «В» и «С», туберкулез, «ВИЧ» и другие инфекции (в соответствии с нормативными правовыми и нормативными документами системы здравоохранения) **в рамках ежегодных профилактических медицинских осмотров или при необходимости (если имеются подозрительные симптомы)**;
- обеспечение иммунизацией персонала из группы повышенного риска против гепатита «В» и других социально значимых инфекционных заболеваний (случаи отказа персонала ОЗ от проведения вакцинации оформлены документально);
- проведение оценки полноты иммунизации персонала из группы повышенного риска, напряженности и длительности поствакцинального иммунитета;
- обеспечение персонала пакетом медицинских услуг в соответствии с нормативными документами системы здравоохранения при выявлении социально значимых инфекционных заболеваний (гепатиты «В» и «С», туберкулез, «ВИЧ» и др.).

Оценка выполнения стандарта.

Оцениваются планируемые мероприятия по устранению, изоляции или минимизации рисков заражения персонала социально значимыми инфекционными заболеваниями на предмет соответствия их требованиям стандарта. Проверяется реализация запланированных мероприятий.

Стандарт 2.2.(В) Персонал проходит инструктаж по технике безопасности.

Требования стандарта.

1. В ОЗ (структурных подразделениях) имеются официально назначенное (ые) внутренним приказом лицо (лица), несущее (ие) персональную ответственность за проведение инструктажа по технике безопасности на рабочих местах и контроль соблюдения техники безопасности персоналом в учреждении (структурных подразделениях).
2. Имеется разработанный и утвержденный пакет инструкций по технике безопасности, который регулярно актуализируется.
3. Персонал ОЗ при поступлении на работу и в дальнейшем, не реже одного раза в год, проходит инструктаж по технике безопасности, факт проведения которого документально фиксируется в журнале регистрации прохождения инструктажа по технике безопасности.

Оценка выполнения стандарта.

1. В ОЗ (структурных подразделениях) проверяется наличие приказа о назначении лиц, ответственных за проведение инструктажа по технике безопасности и контроль соблюдения техники безопасности персоналом, утвержденного Пакета инструкций по технике безопасности, журнала регистрации прохождения инструктажа по технике безопасности.
2. Проверяется факт документальной фиксации проведения инструктажа по технике безопасности персонала.

Стандарт 2.3.(Б) Риски при работе с медицинской техникой и оборудованием оценены и управляются.

Требования стандарта.

1. Медицинская техника проходит техническое освидетельствование при вводе в эксплуатацию и после ремонта, имеются подтверждающие документы.
2. Все электрические аппараты и электрооборудование заземлено.
3. Имеются утвержденные инструкции по технике безопасности на используемые аппараты, приборы и оборудование, которые регулярно актуализируется.

Оценка выполнения стандарта.

В ОЗ (структурных подразделениях) проверяется:

- документы, подтверждающие прохождение технического освидетельствования медицинской техники при ее вводе в эксплуатацию и после ее ремонта;
- наличие контуров заземления у электрических аппаратов и электрооборудования;
- наличие утвержденных инструкций по эксплуатации на каждый вид аппаратов, приборов и оборудование.

Стандарт 2.4. (Б) Выполняются правила дезинфекции.

Требования стандарта.

1. Для проведения работ по дезинфекции ИМН, поверхностей помещений, защитной одежды персонала, загрязненной биологическими выделениями используются химические средства для дезинфекции, зарегистрированные и разрешенные к применению в Кыргызской Республике. Имеется свидетельство о государственной регистрации на каждое средство для дезинфекции, используемое в ОЗ.
2. Имеются инструкции по применению дезинфицирующих средств от фирм-

производителей. Инструкции содержат данные о составе дезинфицирующих средств, об их эффективности в отношении микроорганизмов (бактерий, вирусов, грибов и т.д.) область и режим применения (концентрация рабочего раствора, время экспозиции) дезинфицирующих средств.

3. Область и режим применения дезинфицирующих средств (концентрация рабочего раствора, время экспозиции) для проведения работ по дезинфекции в ОЗ соответствует требованиям инструкции фирмы производителя.
4. Имеются в наличии аптечки для оказания медицинской помощи при возникновении инцидентов во время проведения работ с дезинфицирующими средствами (в соответствии с инструкциями по применению дезинфицирующих средств).
5. Персонал владеет знаниями о действиях в случае попадания дезинфицирующего средства на кожу, слизистую оболочку глаза, желудок, дыхательные пути в соответствии с инструкциями.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие свидетельств о государственной регистрации и инструкций по применению дезинфицирующих средств, используемых для работ по дезинфекции в ОЗ.
2. Проводится визуальное наблюдение за проведением работ по дезинфекции, оценивается правильность использования дезинфицирующих средств (область применения и режим).
3. Проверяется наличие аптечки для оказания медицинской помощи в случаях возникновения инцидентов во время проведения работ с дезинфицирующими средствами.
4. Осуществляется опрос сотрудников, осуществляющих проведение работ по дезинфекции, оцениваются знания сотрудников требований инструкции по применению дезинфицирующих средств.

Стандарт 2.5.(А) В ЦСО работает обученный персонал и соблюдается поточность системы работы.

Требования стандарта.

1. К работе в ЦСО допускаются лица, прошедшие специальную после дипломную подготовку/специализацию в области проведения работ по стерилизации и получившие сертификат/допуск к работе с аппаратами под давлением.
2. В ЦСО соблюдается поточность движения «грязного», «чистого» и «стерильного» инструментария и материалов в соответствии с требованиями нормативных правовых документов системы здравоохранения КР:
 - ЦСО располагается изолированно от других структурных подразделений;
 - вход в ЦСО ограничен только сотрудниками, имеющими на это разрешение;
 - все помещения ЦСО разделены на 3 зоны ("грязную", "чистую" и "стерильную"), планировка помещений исключает возможность перекреста грязных, чистых и стерильных материалов и инструментов;
 - «грязная» зона сообщается с «чистой» зоной через моечные автоматы проходного типа или посредством закрывающегося передаточного окна из моечной;
 - «стерильная» зона отделена от «чистой» зоны проходными стерилизаторами или посредством закрывающегося передаточного окна.
 - вход персонала в «стерильную» зону через санпропускник, с передеванием в стерильный комплект одежды.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие специальной подготовки/специализации у лиц осуществляющих

- работы по стерилизации.
2. Проводится визуальный осмотр помещений ЦСО, оценивается выполнение требований стандарта по соблюдению точности работы.

Примечание: При использовании в ОЗ незначительного количества ИМН, ЦСО может состоять из двух комнат.

Стандарт 2.6.(А) Выполняются правила предстерилизационной очистки, упаковки и загрузки стерилизатора.

1. Предстерилизационную очистку ИМН проводят в «грязной зоне» ЦСО ("моечной"), проводят подсушку и упаковку ИМН проводят в «чистой зоне» ЦСО.
2. Предстерилизационную очистку ИМН проводят ручным способом или в дезинфекционно-моечной машине в соответствии с требованиями нормативных правовых документов системы здравоохранения КР.
3. Проводится контроль качества предстерилизационной очистки ИМН пробами (амидопириновой, фенолфталеиновой и азопирамовой) на наличие остатков крови, моющего средства, хлорсодержащих окислителей, ржавчины, кислот и пероксида растительного происхождения. Контроль подвергают 1% от одновременно обработанных изделий одного наименования, но не менее 3-5 ед.
4. Результаты контроля качества предстерилизационной очистки документально фиксируются в журнале контроля качества предстерилизационной очистки.
5. Для упаковки ИМН при стерилизации паром используют:
 - плотный хлопчатобумажный материал (обертывают два раза, упаковку туго не завязывают);
 - упаковочную бумагу (обертывают два раза);
 - термозапаечный упаковочный материал.
6. Упакованные ИМН помещают в стерилизационные коробки (биксы) Плотность заполнения бикса не превышает 2/3 его объема.
7. Стерилизатор не перегружается (между биксами и стенками стерилизатора зазор не менее 7-8 см свободного пространства).

Оценка выполнения стандарта.

1. В ЦСО осуществляется наблюдение за проведением работ по предстерилизационной очистке, упаковке и загрузке стерилизатора, оценивается правильность их проведения.
2. Осуществляется опрос сотрудников ЦСО, в процессе которого оцениваются их знания по правилам проведения работ по предстерилизационной очистке (включая контроль качества), упаковке и загрузке стерилизатора.
3. Проверяется наличие готовых растворов для постановки амидопириновой, фенолфталеиновой и азопирамовой проб, а также журнала контроля качества предстерилизационной очистки, по которому оценивается регулярность проведения контроля качества предстерилизационной очистки ИМН.

Стандарт 2.7.(А) Выполняются правила стерилизации.

1. Стерилизации подвергаются все изделия, соприкасающиеся с раневой поверхностью, контактирующие с кровью или инъекционными препаратами и инструменты, которые в процессе эксплуатации соприкасаются со слизистой оболочкой и могут вызвать ее повреждение.
2. Работы по стерилизации изделий медицинского назначения проводят в ЦСО. Стерилизация изделий медицинского назначения осуществляются путем их обработки

в автоклаве или сухожаровом шкафу в соответствии с требованиями нормативных правовых документов системы здравоохранения КР.

3. Контроль стерилизации осуществляется физическим, химическим и бактериологическим методами, при этом используют средства измерения температуры (термометр, термометр максимальный), давления (мановакуумметры), учет времени, химические тесты, термохимические индикаторы и биотесты в соответствии с требованиями нормативных правовых документов системы здравоохранения КР.
4. В журнале регистрации результатов стерилизации имеются записи с указанием времени стерилизации, температуры и давления, с результатами тест-контроля для каждой загрузки.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проводится наблюдение за проведением работ по стерилизации, оценивается правильность проведения работ по стерилизации.
2. Осуществляется опрос сотрудников ЦСО, оцениваются их знания по правилам проведения работ по стерилизации, включая методы для контроля работы паровых и воздушных стерилизаторов.
3. Проверяется журнал регистрации результатов стерилизации, оценивается правильность его заполнения.

Стандарт 2.8. (А) Обеспечивается правильность выгрузки и хранения стерильных изделий медицинского назначения.

Требования стандарта.

1. Стерилизационные коробки перед выгрузкой из стерилизатора сухие.
2. На стерильных упаковках нет разрывов, влажных мест, пыли.
3. Извлеченные из стерилизатора стерилизационные коробки выкладываются на стеллажи в «стерильной» зоне.
4. Не обернутые изделия медицинского назначения используют немедленно и **не хранят**;
5. На стерилизационных коробках имеются ярлычки/наклейки с указанной датой проведения стерилизации.
6. На стеллажах хранения стерилизационных коробок имеется маркировка всех структурных подразделений/кабинетов ОЗ.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится осмотр стерильных изделий медицинского назначения в ЦСО, операционной, манипуляционных/перевязочных кабинетах и лаборатории оценивается выполнение требований стандарта по правильности хранения стерильных изделий медицинского назначения.

Стандарт 2.9.(А) Соблюдается гигиена рук медицинского персонала.

Требование стандарта.

1. Медицинский персонал знает показания для мытья и антисептики рук и соблюдает алгоритм при мытье и/или антисептике рук.
2. Медперсонал, проводящий медицинские манипуляции, не носит искусственные ногти, кольца, браслеты. Ногти коротко стрижены и без декоративного лака. Нет кожных повреждений.
3. Перед каждой процедурой, а также до и после снятия перчаток медперсонал:
 - моет руки с мылом под проточной водой и высушивает одноразовым полотенцем/«одноразовыми салфетками многократного применения»;**и/или**

- в случае если на руках нет видимых загрязнений, обрабатывает руки 2-3 мл (при выполнении гигиенической антисептики) антисептиком до полного высыхания раствора на руках.
4. Имеется мыло (жидкое во флаконах с дозатором, для твердого мыла, применяются решетчатые мыльницы или мыльницы на магните, для обеспечения подсушивания мыла), дозаторы с антисептиками (локтевые дозаторы со спиртовыми антисептиками для обработки рук размещаются в удобных местах, лучше применять индивидуальные дозаторы) и одноразовые полотенца/«одноразовые салфетки многократного применения».
 5. При повторном использовании дозатора для жидкого мыла, его заполнение проводят после промывки и последующего высушивания (новую порцию мыла не доливают в частично заполненный дозатор).

Оценка выполнения стандарта.

1. В процедурных, операционных, манипуляционных / перевязочных кабинетах, лаборатории и других функциональных помещениях ОЗ проверяется наличие мыла, дозаторов с антисептиками (или индивидуальных дозаторов) и одноразовых полотенец/«одноразовых салфеток многократного применения».
2. Проводится визуальное наблюдение за состоянием рук медицинского персонала (ногти, украшения) и правильностью выполнения алгоритма мытья и обработки рук медицинским персоналом в режиме реального времени.
3. При необходимости, проводится опрос персонала по правилам соблюдения гигиены рук.

Стандарт 2.10.(А) Перед хирургическими стоматологическими манипуляциями проводится хирургическая обработка рук медицинского персонала.

Требование стандарта.

1. Перед стоматологическими хирургическими вмешательствами медицинский персонал проводит хирургическую обработку рук, включающую мытье и хирургическую антисептику рук. Хирургическая обработка рук медицинским персоналом осуществляется в соответствии с требованиями нормативных правовых документов системы здравоохранения КР.
2. Алгоритм хирургической обработки рук имеется в виде настенных постеров. Имеется мыло (твердое, сухое или жидкое во флаконах с дозатором), дозаторы с безводным (спиртовым) антисептиком, стерильные мягкие щетки, стерильные салфетки и гигиенический крем или лосьон для снижения риска возникновения контактного дерматита.

Оценка выполнения стандарта.

В хирургических стоматологических кабинетах ОЗ проверяется наличие настенных постеров по алгоритму хирургической обработки рук, мыла, дозаторов с антисептиками, стерильных мягких щеток, стерильных салфеток, гигиенического крема или лосьона. Проводится визуальное наблюдение за правильностью выполнения алгоритма хирургической обработки рук медицинским персоналом.

Стандарт 2.11.(А) Во время оказания стоматологических услуг, медицинский персонал использует средства индивидуальной защиты.

Требования стандарта.

В соответствии с требованиями нормативных правовых документов системы здравоохранения КР:

1. При приеме пациента медицинские работники обязательно применяют средства

индивидуальной защиты:

- медицинский халат/костюм;
 - шапочку или колпак, закрывающие волосы;
 - сменную закрытую обувь;
 - резиновые перчатки;
 - хирургические маски, защитные очки или лицевой щиток;
2. Во время хирургических манипуляций (в хирургических стоматологических кабинетах), медицинские работники используют:
- хирургический костюм/халат, фартук или разовый халат;
 - хирургическую шапочку или колпак, закрывающие волосы;
 - стерильные перчатки;
 - стерильную марлевую повязку/маску, закрывающую рот и нос.
3. В ОЗ имеется адекватный запас СИЗ для персонала, обеспечивающий бесперебойную работу.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится наблюдение за проведением работ, процедур и манипуляций, связанных с рисками, в режиме реального времени. Оценивается использование СИЗ, указанных в требованиях стандарта. Проверяется наличие адекватного запаса СИЗ для бесперебойной работы ОЗ.

Стандарт 2.12.(А) Риски контаминации и получения травм от уколов иглами медицинским персоналом оценены и управляются.

Требования стандарта.

В соответствии с требованиями нормативных правовых документов системы здравоохранения КР:

1. В стоматологических кабинетах в виде настенного постера имеется документированная процедура (алгоритм) по безопасному обращению с использованными одноразовыми шприцами (инъекционными устройствами);
2. Персонал прошел обучение и владеет навыками безопасного обращения с использованными шприцами;
3. Не проводят никаких манипуляций с использованными шприцами (сгибание, манипулирование и отделение иглы вручную). В случае если пластмассовые части шприцов сдаются на переработку, то иглы отсекаются от шприцов при помощи иглоотсекателя и собираются отдельно;
4. Не надевают повторно защитный колпачок на иглу, если это необходимо сделать, то используют метод одной руки;
5. Использованные острые предметы (иглы) и стеклянные ампулы выбрасывают сразу после использования в проколостойкие емкости/контейнеры (коробки из твердого пластика или жестяные емкости), расположенные на расстоянии вытянутой руки;
6. Емкость/контейнер для сбора острых отходов запечатывается и заменяется, как только он будет заполнен на три четверти;

Оценка выполнения стандарта.

В стоматологических кабинетах методом визуального наблюдения проверяется соблюдение мер по безопасному обращению с использованными шприцами в соответствии с требованиями стандарта. Проводится опрос персонала процедурного кабинета, оценивается знание персонала правил безопасного обращения с использованными шприцами

Стандарт 2.13.(В) Сотрудники, имеющие профессиональный риск, обеспечиваются специальным питанием и другими льготами согласно трудовому законодательству.

Требования стандарта.

В ОЗ имеется утвержденный перечень лиц имеющих право на получение специального питания в соответствии с требованиями нормативных правовых документов системы здравоохранения КР. Сотрудники регулярно получают специальное питание и им предоставляются льготы (сокращенный рабочий день, дополнительный отпуск и др.). Имеется документ, подтверждающий получение специального питания и предоставления льгот.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится опрос сотрудников на предмет получения специального питания и других льгот. Проверяется документ, подтверждающий получение специального питания и других льгот.

Стандарт 2.14.(В) Соблюдается режим облучения помещений бактерицидными лампами.

Требования стандарта.

1. Имеется достаточное количество бактерицидных ламп.
2. Проводится регулярное облучение кабинетов бактерицидными лампами, где это необходимо в соответствии с установленными требованиями нормативных правовых документов системы здравоохранения КР:
 - время облучения помещений бактерицидными лампами 60 минут;
 - проветривание кабинетов после облучения не менее 15 минут;
 - имеются журналы регистрации процедуры облучения кабинетов и паспорта на бактерицидные лампы;
 - осуществляется учет работы бактерицидных ламп и своевременная замена бактерицидных ламп после выработки лампой установленного количества часов (согласно паспорта).

Оценка выполнения стандарта.

1. Оценивается адекватность количества имеющихся бактерицидных ламп.
2. По журналу регистрации процедуры облучения кабинетов проверяется регулярность, необходимая экспозиция облучения, а также проведение учета работы кварцевых ламп.
3. Проводится проверка паспортов кварцевых облучателей на предмет правильности срока использования бактерицидных облучателей.
4. Проводится опрос медицинского персонала на предмет знания режима облучения кабинетов бактерицидными лампами.

Стандарт 2.15.(Б) Соблюдается санитарно–гигиенический режим в помещениях.

Требование стандарта.

1. Соблюдается режим уборки помещений в соответствии с установленными требованиями нормативных правовых документов системы здравоохранения КР.
2. Имеются графики уборки помещений во всех подразделениях, помещенные на видные места (на стенах).
3. Имеется уборочный инвентарь (ведра, емкости для мытья стен, щетки) и запас моющих и дезинфицирующих средств для проведения уборки помещений.
4. Весь уборочный инвентарь имеет маркировку с указанием помещений, используется по назначению и хранится отдельно в специально отведенных местах.

Оценка выполнения стандарта.

1. В структурных подразделениях ОЗ проверяется наличие графиков уборки, инвентаря, индивидуальных средств защиты персонала и запаса моющих и дезинфицирующих средств для проведения уборки.
2. Оценивается правильность маркировки и хранения уборочного инвентаря.
3. Проводится визуальный осмотр помещений на предмет чистоты.
4. Осуществляется опрос персонала, ответственного за проведение уборки, на знание режимов уборки (предварительной, текущей, заключительной и генеральной).

Стандарт 2.16.(А) Соблюдаются правила хранения стоматологических материалов и лекарственных препаратов.

Требования стандарта.

1. В структурных подразделениях и аптечном складе регулярно проводится контроль правил хранения стоматологических материалов и лекарственных препаратов (заведующими и старшими медсестрами подразделений, главной медсестрой).
2. Стоматологические материалы и лекарственные препараты хранятся в сухих помещениях (при необходимости - в темном месте), в промаркированных закрывающихся сейфах, шкафах и стеллажах.
3. Имеются специальные холодильники для хранения термолабильных стоматологических материалов и лекарственных препаратов. Соблюдается температурный режим в холодильниках (имеются термометры и журнал регистрации температурного режима).
4. Нет стоматологических материалов и лекарственных препаратов с истекшим сроком годности. Имеется механизм изъятия и уничтожения стоматологических материалов и лекарственных препаратов с истекшим сроком годности. Имеются подтверждающие документы факта изъятия и уничтожения стоматологических материалов и лекарственных препаратов с истекшим сроком годности.
5. Места хранения стоматологических материалов и лекарственных препаратов обеспечиваются мерами охраны (металлические решетки, охранная сигнализация).

Оценка выполнения стандарта.

Путем визуального осмотра мест хранения стоматологических материалов и лекарственных препаратов проверяется выполнение требований стандарта.

Стандарт 2.17.(Б) Имеется система приточно-вытяжной вентиляции с механическим побуждением, где это необходимо.

Требования стандарта.

Размещение и эксплуатация системы вентиляции в ОЗ осуществляется в соответствии с требованиями нормативных правовых документов системы здравоохранения КР:

1. Помещения зуботехнической лаборатории оборудованы приточно-вытяжной вентиляционной системой с механическим побуждением (приточно-вытяжные индивидуальные каналы, вытяжные индивидуальные каналы, приточные индивидуальные каналы).
2. Вытяжная вентиляция с механическим побуждением без устройства организованного притока (вытяжные индивидуальные каналы, вентиляторы в форточных фрамугах) имеется в помещениях ЦСО, пункт автоклавирования и временного хранения медицинских отходов, моек, кладовых для хранения дезинфекционных средств и санитарных узлах.
3. Регулярно проводится профилактические осмотр и ремонт системы вентиляции,

имеется подтверждающая документация.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится осмотр помещений, указанных в требовании стандарта, в которых проверяется наличие приточно-вытяжной вентиляции. Проверяется техническое состояние приточно-вытяжной вентиляции, оценивается правильность их использования путем опроса персонала. Проверяется документация, подтверждающая проведение профилактического осмотра и ремонта системы вентиляции.

Стандарт 2.18.(А) Имеется противошоковая аптечка.

Требования стандарта.

1. В стоматологических кабинетах имеется укомплектованная противошоковая аптечка в соответствии с установленными требованиями нормативных правовых и нормативных документов системы здравоохранения КР.
2. Медицинские работники, работающие в стоматологических кабинетах, знают, что нужно делать при развитии анафилактического шока у пациентов на введение лекарственных препаратов.

Оценка выполнения стандарта.

1. В стоматологических кабинетах проверяется наличие противошоковых аптечек и их укомплектованность необходимыми лекарственными препаратами в соответствии с требованием стандарта.
2. Путем собеседования с персоналом, оценивается их знания о действиях при развитии анафилактического шока у пациентов.

Стандарт 2.19.(А) Имеется аптечка для проведения постконтактной профилактики на случай возникновения биоаварий.

Требования стандарта.

В соответствии с установленными требованиями нормативных правовых документов системы здравоохранения КР:

1. Имеются аптечки для проведения постконтактной профилактики на случай возникновения биоаварий там, где имеются высокие риски контакта с кровью (например, хирургический стоматологический кабинет, ЦСО и др.);
2. При возникновении биоаварий проводится соответствующая постконтактная профилактика, имеются журналы регистрации случаев биоаварий, где отмечается дата, время, место, характер аварии, ФИО пострадавшего лица и проведенные мероприятия;
3. Все медицинские работники знают, что нужно делать в случае возникновения биоаварий.

Оценка выполнения стандарта.

1. В ОЗ (кабинетах), там, где имеются высокие риски контакта с кровью, проверяется наличие аптечек на случай возникновения биоаварий и их укомплектованность необходимыми лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения в соответствии с требованием стандарта.
2. Проверяется наличие журналов регистрации случаев биоаварий и правильность их заполнения.
3. Путем собеседования с персоналом, оценивается их знания о действиях при возникновении биоаварий и о передаче информации о произошедших случаях биоаварий.

Стандарт 2.20.(А) Имеется аптечка для оказания неотложной (экстренной) медицинской помощи.

Требования стандарта.

В соответствии с установленными требованиями нормативных документов системы здравоохранения КР:

- в стоматологических кабинетах ОЗ имеется укомплектованная аптечка для оказания неотложной (экстренной) медицинской помощи.
- медицинские работники знают, что нужно делать при возникновении неотложных состояний у пациентов.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие аптечек для оказания неотложной (экстренной) медицинской помощи и их укомплектованность необходимыми лекарственными препаратами в соответствии с требованием стандарта.
2. Путем собеседования с персоналом, оценивается их знания о правилах оказания неотложной (экстренной) помощи пациентам.

Стандарт 2.21.(Б) Обеспечивается безопасность персонала и пациентов при проведении рентгенологических исследований.

Требования стандарта.

1. К работе на рентгеновских аппаратах/проведению лучевой диагностики допускаются лица, прошедшие специальную после дипломную подготовку/специализацию по рентгенологии.
2. В рентгеновском кабинете стены, полы и потолки покрыты бариевой краской для экранирования радиационного излучения.
3. Имеются СИЗ от ионизирующего излучения (просвинцованное стекло Эсу, фартуки нагрудные, юбки, перчатки из просвинцованной резины).
4. Осуществляется индивидуальный дозиметрический контроль лучевой нагрузки персонала в рентгеновском кабинете. Каждый сотрудник рентгеновского/флюорографического кабинета использует индивидуальный дозиметр. Осуществляются регулярные дозиметрические измерения (считывания) с индивидуальных дозиметров с целью определения доз облучения персонала, имеются подтверждающие документы.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие специальной подготовки/специализации у лиц, осуществляющих рентгеновские диагностические исследования (лучевую диагностику).
2. Выясняется факт баритирования стен, полов и потолков.
3. Проверяется наличие СИЗ от ионизирующего излучения у лиц, осуществляющих рентгеновские диагностические исследования, в соответствии с требованиями стандарта.
4. Проверяется наличие рабочих индивидуальных дозиметров у персонала. Проверяется наличие подтверждающих документов о проведении дозиметрических измерений с индивидуальных дозиметров персонала.

Стандарт 2.22.(А) Соблюдаются правила безопасности при сборе медицинских отходов внутри структурных подразделений.

Требования стандарта.

В соответствии с требованиями нормативных правовых документов системы

здравоохранения КР в ОЗ соблюдаются правила безопасности при сборе медицинских отходов внутри структурных подразделений:

1. Определен технический персонал, ответственный за сбор и удаление медицинских отходов в каждом структурном подразделении ОЗ, который прошел необходимый инструктаж и обучение по безопасной работе с медицинскими отходами.
2. В ОЗ имеются и на видном месте вывешены правила и инструкции для технического персонала, вовлеченного в обращение с медицинскими отходами.
3. Сбор медицинских отходов в местах их образования (структурных подразделениях/кабинетах ОЗ) осуществляется в течение рабочей смены.
4. Система сортировки/маркировки отходов в соответствующие емкости соответствует требованиям нормативных правовых документов системы здравоохранения КР.
5. Емкость с медицинскими отходами заполняют не более чем на 3/4. Не утрамбовывают;
6. При обращении с медицинскими отходами технический персонал использует средства индивидуальной защиты: халаты/комбинезоны, хозяйственные перчатки, резиновая обувь, респиратор/маска, халат, фартук, очки, чепчик;
7. После манипуляций с медицинскими отходами и снятия перчаток, технический персонал осуществляет гигиену рук.
8. В ОЗ имеется график выноса медицинских отходов из структурных подразделений ОЗ, утвержденный главным врачом
9. В ОЗ имеется журнал учета и регистрации аварийных ситуаций, связанных с обращением медицинских отходов.

Оценка выполнения стандарта.

1. Осуществляется обход структурных подразделений, проверяется наличие персонала, ответственных за сбор и удаление медицинских отходов, утвержденных правил и инструкций по работе с медицинскими отходами в каждом структурном подразделении.
2. Методом визуального наблюдения проверяется соблюдение правил безопасности при сборе/сортировке/маркировке медицинских отходов, а также, правил использования средств индивидуальной защиты в соответствии с требованием стандарта.
3. Проводится опрос персонала на предмет знания правил безопасности при работе с медицинскими отходами.
4. Проверяется наличие графика выноса медицинских отходов из структурных подразделений ОЗ и журнал учета и регистрации аварийных ситуаций, связанных с обращением медицинских отходов в ОЗ.

Стандарт 2.23.(Б) Соблюдаются правила безопасности при транспортировке медицинских отходов.

Требования стандарта.

В соответствии с требованиями нормативных правовых и нормативных документов системы здравоохранения в ОЗ соблюдаются следующие правила безопасности транспортировки медицинских отходов к месту их временного хранения и/или в пункт обеззараживания/обезвреживания:

1. Транспортировка общих опасных медицинских отходов класса «А» осуществляется в многоразовых контейнерах или одноразовых пакетах и перегружается в маркированные контейнеры для данного класса медицинских отходов, установленные на специальной площадке.
2. Транспортировка опасных медицинских отходов класса «Б» к месту их временного хранения или в пункт обеззараживания/обезвреживания осуществляется в герметично закрывающихся емкостях/контейнерах с крышками, имеющих знак «Биологической опасности».

3. При транспортировке медицинских отходов персонал несет не более одной тары в руке.
4. При транспортировке медицинских отходов персонал использует технические перчатки и проколостойкую закрытую обувь.
5. Персонал знает порядок действий в случае разлива/россыпи опасных медицинских отходов
6. Имеется и соблюдается поточность (схема) движения медицинских отходов на территории ОЗ.
7. Накопление и временное хранение небеззараженных медицинских отходов класса «Б» более 24 часов допускается только в холодильных или морозильных камерах.
8. Имеются герметичные (непротекаемые) контейнеры с плотно закрывающимися крышками для временного хранения медицинских отходов вне структурных подразделений ОЗ. Контейнеры для сбора медицинских отходов имеют соответствующую маркировку (для медицинских отходов).
9. Контейнеры для временного хранения медицинских отходов после их освобождения дезинфицируются в соответствии с установленными требованиями.
10. В ОЗ имеется график вывоза медицинских отходов с территории ОЗ, утвержденный руководителем ОЗ.
11. Транспортировка опасных медицинских отходов класса «Б» за пределы ОЗ производится специально оборудованным санитарным транспортом, имеющим соответствующую маркировку.

Оценка выполнения стандарта.

1. Осуществляется наблюдение за транспортировкой медицинских отходов к месту их временного хранения и/или в пункт обеззараживания/обезвреживания, проводится осмотр контейнеров для сбора и временного хранения медицинских отходов, оценивается соблюдение правил безопасности транспортировки медицинских отходов в соответствии с требованиями стандарта.
2. Осуществляется опрос сотрудников, ответственных за транспортировку медицинских отходов, оценивается знание ими правил безопасности при транспортировке медицинских отходов.
3. Проверяется наличие графика вывоза медицинских отходов с территории ОЗ, утвержденного руководителем ОЗ и специально оборудованного санитарного транспорта для вывоза опасных медицинских отходов класса «Б» за пределы ОЗ.

Стандарт 2.24.(Б) Соблюдаются правила обработки и уничтожения медицинских отходов.

Требования стандарта.

В соответствии с требованиями нормативных правовых и нормативных документов системы здравоохранения КР в ОЗ соблюдаются правила обработки и уничтожения медицинских отходов:

1. **Для обработки и уничтожения твердых медицинских отходов используют один из следующих методов:**
 - обработку текучим паром в специально выделенном для этого автоклаве;
 - микроволновую обработку (при наличии специального оборудования);
 - обработку дезинфектантами;
2. **Для обработки и уничтожения жидких медицинских отходов используют:**
 - обработку дезинфектантами.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится наблюдение за проведением работ по обработке и уничтожению медицинских

отходов, оценивается соответствие их требованиям стандарта. Осуществляется опрос сотрудников, осуществляющих проведение работ по обработке и уничтожению медицинских отходов, оценивается знание ими правил обработки и уничтожения медицинских отходов.

Стандарт 2.25.(Б) Имеются условия для соблюдения гигиены персонала.

Требования стандарта.

В каждом стоматологическом кабинете, ЦСО, пункте автоклавирования и временного хранения медицинских отходов, санитарных узлах ОЗ имеются умывальные раковины, подключенные к централизованной системе водоснабжения и канализации

Оценка выполнения стандарта.

Проводится обход структурных подразделений ОЗ, проверяется наличие условий для соблюдения гигиены персонала, оценивается их соответствие требованиям стандарта.

Стандарт 2.26.(В) Соблюдаются правила сбора и транспортировки защитной одежды сотрудников.

Требования стандарта.

1. Имеется документированная процедура (письменная инструкция) по сбору, транспортировке и хранению защитной одежды сотрудников.
2. Использованную защитную одежду сотрудников собирают в мешки из непромокаемого материала или емкости с крышками, непосредственно на местах его использования.
3. Грязную защитную одежду сотрудников хранят и транспортируют отдельно от чистой.
4. Контейнеры для грязной и чистой защитной одежды сотрудников промаркированы.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие документированной процедуры (письменной инструкции) по сбору, транспортировке и хранению защитной одежды сотрудников. Оценивается соблюдение правил сбора и транспортировки белья в соответствии с требованием стандарта.

Стандарт 2.27.(В) Соблюдаются правила стирки, сушки, упаковки и хранения защитной одежды сотрудников

Требования стандарта.

1. Имеется график стирки и письменные инструкции (настенные постеры) по стирке, сушке, упаковке и хранению защитной одежды персонала.
2. Технический персонал, осуществляющий стирку, сушку, упаковку и хранение защитной одежды персонала, обучен правилам безопасности при работе со специальной техникой и использует средства индивидуальной защиты:
 - хозяйственные перчатки;
 - пластиковые фартуки;
 - резиновую обувь.
3. Для стирки защитной одежды персонала используется специальная техника и моющее средство.
4. Выстиранную защитную одежду персонала сушат на воздухе (место для сушки удалено от источников загрязнения атмосферного воздуха) и/или в сушильной камере.
5. Чистая защитная одежда персонала хранится в чистом, закрытом помещении на стеллажах или чистых промаркированных контейнерах.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие графика и письменных инструкций по стирке, сушке, упаковке и хранению защитной одежды персонала.
2. Проводится опрос технического персонала на предмет знаний о правилах стирки, сушки, упаковки и хранения защитной одежды персонала.
3. Путем визуального наблюдения оценивается выполнение правил стирки, сушки, упаковки и хранения защитной одежды персонала, а также использование защитных средств техническим персоналом.

Блок III. «Качество медицинских услуг»

Стандарт 3.1. (В) Медицинские услуги доступны.

Требования стандарта.

1. Медицинские услуги предоставляются населению/пациентам независимо от пола, возраста, расовой и национальной принадлежности, места проживания, политических убеждений, социального статуса и материального положения, а также иных немедицинских факторов.
2. Медицинские услуги экономически доступны (обеспечивается бесплатный/льготный доступ населения/пациентов к медицинским услугам и обеспечению лекарственными препаратами в соответствии с Программой государственных гарантий и другими нормативными правовыми актами КР).
3. Пациенты осведомлены о праве на бесплатное/льготное получение медицинских услуг в соответствии с Программой государственных гарантий и другими нормативными правовыми актами КР.

Оценка выполнения стандарта.

В структурных подразделениях ОЗ проверяется наличие информационных стендов с Программой государственных гарантий. Проводится анкетирование пациентов на предмет их осведомленности о праве на бесплатное/льготное получение медицинских услуг в соответствии с Программой государственных гарантий.

Стандарт 3.2.(В) Предоставляется информация об ОЗ и о доступе к услугам.

Требования стандарта.

1. Предоставляется необходимая информация пациентам/населению об ОЗ и о доступе к услугам (место размещения/адрес, график работы, перечень оказываемых медицинских услуг, финансовые аспекты медицинских услуг, информация о персонале/специалистах, время приема и др.).
2. Вышеуказанная информация представлена на государственном и официальном языках в печатном и/или электронном формате на интернет-сайте ОЗ, информационных стендах ОЗ/структурных подразделений, регулярно обновляется/актуализируется.
3. Имеется план расположения структурных подразделений ОЗ и система указателей для пациентов и посетителей. План расположения и система указателей понятны для пациентов и посетителей, расположены на видных и доступных местах.
4. Предоставляемая информация пациентам об ОЗ и доступе к услугам регулярно обновляется/актуализируется.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проводится изучение содержания интернет-сайта, информационных стендов.
2. Проверяется наличие план расположения структурных подразделений ОЗ и системы

- указателей в соответствии с требованиями стандарта.
3. Оценивается актуальность информации, ее доступность для пациентов.

Стандарт 3.3.(В) Медицинская помощь доступна для пациентов с ограниченными возможностями.

Требования стандарта.

1. Имеется система предварительной записи по телефону на прием к врачу для пациентов с ограниченными возможностями.
2. Предусмотрены пандус с поручнями при входе с улицы в ОЗ, кнопка вызова и/или телефон дежурного персонала (на входной двери ОЗ) и лифты для пациентов с ограниченными возможностями передвижения.
3. Организовано дежурство персонала в холле ОЗ с целью консультаций и оказания помощи при передвижении пациентам с ограниченными возможностями по ОЗ.

Оценка выполнения стандарта.

1. Выясняется наличие системы:
 - предварительной записи на прием к врачу для пациентов с ограниченными возможностями;
 - дежурства персонала в ОЗ с целью консультаций и оказания помощи при передвижении пациентам с ограниченными возможностями по ОЗ.
2. Проводится визуальный осмотр здания учреждения, оценивается выполнение требований стандарта (наличие пандуса с поручнями, системы вызова дежурного персонала, лифта).

Стандарт 3.4.(В) Время ожидания приема специалистами ОЗ приемлемо для пациентов.

Требования стандарта.

1. Ожидание пациентами приема врача-стоматолога не превышает 30 минут.
2. Пациенты с острой зубной болью и другими экстренными состояниями в стоматологии, получают стоматологическую помощь немедленно.
3. Имеется система предварительной записи пациентов на прием к врачам-стоматологам.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проводится анкетирование пациентов на предмет времени ожидания приема врача-стоматолога.
2. Выясняется наличие в ОЗ системы оказания немедленной стоматологической помощи при острой зубной боли и других экстренных состояниях в стоматологии.
3. Выясняется наличие в ОЗ системы предварительной записи на прием к врачу – стоматологу.

Стандарт 3.5.(В) Медицинское обслуживание учитывает языковые и другие барьеры при оказании медицинской помощи пациентам.

Требования стандарта.

1. ОЗ выявляет наличие барьеров при оказании медицинской помощи пациентам (пожилые люди, люди с ограниченными возможностями, лица, не владеющие государственным и официальным языками) и стремится к их минимизации.
2. Информация для пациентов на стендах представлена на государственном, официальном языках и на других языках (при необходимости). С пациентами и его семьей общаются на языке, который им понятен.
3. Персонал ОЗ информирован о национальных/культурных традициях и религиозных

убеждениях различных обслуживаемых этнических групп пациентов (проводится определенное обучение персонала) и с уважением к ним относится.

Оценка выполнения стандарта.

1. Путем собеседования с персоналом ОЗ оценивается проведение работы в ОЗ по выявлению барьеров при оказании медицинской помощи пациентам.
2. Проверяется наличие информационных стендов для пациентов на государственном, официальном и других языках.
3. Проводится анкетирование и опрос пациентов на предмет наличия (или отсутствия) языковых барьеров во время медицинского обслуживания в ОЗ.
4. Берется интервью у пациентов (проводится анкетирование пациентов) о соблюдении этических норм в отношении принадлежности пациентов к различным национальностям/этносам и религиозным конфессиям.

Стандарт 3.6.(В) Персонал ОЗ четко идентифицирован.

Требования стандарта.

1. В ОЗ разработаны правила идентификации персонала, где определены требования к внешнему виду персонала, специальному медицинскому обмундированию, бейджам.
2. Медицинские работники со средним медицинским образованием имеют отличительную от врачей форму одежды установленного образца.
3. У каждого медицинского работника имеется бейджик с указанием фамилии, имени, отчества и должности врача или медицинской сестры.
4. Вспомогательный и технический персонал имеет специальную форму.

Оценка выполнения стандарта.

Посредством наблюдения за персоналом и опроса персонала проверяется выполнение требований стандарта.

Стандарт 3.7.(В) Пациенты информированы о своих правах и свободах, а также системе разбора претензий.

Требования стандарта.

В ОЗ на государственном и официальном языках имеется стенд содержащий информацию о:

1. Правах пациентов (в соответствии с законодательством КР и ВОЗ);
2. Системе получения и рассмотрения претензий пациентов и их родственников, связанных с медицинским обслуживанием пациентов;
3. Должностных лицах ОЗ, к которым могут обратиться пациенты при возникновении претензий по вопросам их медицинского обслуживания (фамилии, имена, отчества, должность, номера телефонов);
4. Возможности пациентов обращаться с жалобой в соответствующие общественные организации по защите прав пациента либо в суд при неудовлетворенности пациентов результатами разбора жалоб в ОЗ.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится обход ОЗ, проверяется наличие и объем информации на стендах в соответствии с требованиями стандарта.

Стандарт 3.8.(В) Информация о пациенте приватна и конфиденциальна, защищена от потери или неправильного использования.

Требования стандарта.

1. В документе ОЗ, определяющим совокупность этических норм и принципов поведения сотрудников/персонала при осуществлении профессиональной деятельности (Кодекс ценностей и этических принципов при осуществлении профессиональной деятельности) декларированы гарантии пациентам на приватность и конфиденциальность информации, связанной с медицинским обслуживанием в ОЗ.
2. Информация о пациенте в медицинской документации не доступна посторонним лицам, документация хранится в регистратуре (если с документацией не работает медицинский персонал).
3. Конфиденциальная информация о пациенте передается в другие инстанции (уполномоченным лицам) по официальному запросу, имеющим законное обоснование.
4. Раскрытие конфиденциальной информации о пациентах их семьям и другим организациям осуществляется только после получения согласия пациентов.
5. Все медицинские сотрудники информированы об ответственности за несоблюдение правил приватности и конфиденциальности информации связанной с медицинским обслуживанием пациента в ОЗ.

Оценка выполнения стандарта.

1. Оценивается наличие гарантий пациентам на приватность и конфиденциальность информации, связанной с медицинским обслуживанием, в документе ОЗ, определяющим совокупность этических норм и принципов поведения сотрудников/персонала при осуществлении профессиональной деятельности.
2. Проводится опрос/анкетирование сотрудников и пациентов в области соблюдения приватности и конфиденциальности информации, связанной с медицинским обслуживанием пациентов в ОЗ.
3. Оценивается правильность хранения медицинских карт в соответствии с требованием стандарта и возможный риск утечки информации о пациенте посторонним лицам.

Стандарт 3.9.(В) Пациенту гарантируется неприкосновенность частной жизни, уважение его чести и достоинства.

Требования стандарта.

1. Факт обращения граждан за медицинской помощью, состояние его здоровья, диагноз, оказанная медицинская помощь и иные сведения, полученные при медицинском обслуживании пациентов, составляют врачебную/медицинскую тайну, гарантируемую ОЗ.
2. Смерть пациента не освобождает медицинских работников от обязанности хранить врачебную/медицинскую тайну. Разглашение врачебной/медицинской тайны допускается в случаях, предусмотренных законодательством КР.
3. В документе ОЗ, определяющим совокупность этических норм и принципов поведения сотрудников/персонала при осуществлении профессиональной деятельности (Кодекс ценностей и этических принципов при осуществлении профессиональной деятельности) декларированы гарантии пациентам на неприкосновенности частной жизни, уважение их чести и достоинства, сохранении врачебной/медицинской тайны при медицинском обслуживании в ОЗ.
4. Все медицинские сотрудники информированы об ответственности за реализацию прав пациентов в области неприкосновенности частной жизни, уважения чести и достоинства пациентов, сохранения врачебной/медицинской тайны.

Оценка выполнения стандарта.

1. Оценивается наличие гарантий пациентам на неприкосновенности частной жизни, уважение их чести и достоинства при медицинском обслуживании, в документе ОЗ, определяющим совокупность этических норм и принципов поведения сотрудников/персонала при осуществлении профессиональной деятельности.
2. Проводится опрос/анкетирование сотрудников и пациентов, оценивается информированность последних, а также выполнение установленных требований по вопросам неприкосновенности частной жизни пациентов, уважение их чести и достоинства, сохранения врачебной/медицинской тайны.

Стандарт 3.10.(В) ОЗ обеспечивает права пациента, связанные с процессом медицинского обслуживания.

Требования стандарта.

1. Обеспечивается право пациента на выбор лечащего врача.
2. Пациенты (родители, опекуны) проинформированы обо всех предложенных медицинских процедурах/вмешательствах (об их пользе и риске), условиях их оказания (часы проведения, ограничение вредных привычек, финансовые аспекты) и дают свое согласие на предложенные процедуры/вмешательства;
3. ОЗ уважает желание/предпочтение пациентов и информирует пациентов (их семьи, опекунов) об их правах и обязанностях в соответствии с законодательством КР, относящихся к отказу или прерыванию лечения.
4. Пациент получает необходимую информацию о состоянии своего здоровья и здоровья своих детей. Если эта информация может нанести существенный вред пациенту, она сохраняется от него в секрете и об этом оповещаются его близкие родственники.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится анкетирование пациентов на предмет обеспечения их прав на выбор лечащего врача, их информированности обо всех получаемых медицинских процедурах, условиях их оказания, даче согласия на проводимые процедуры и участие в научных.

Стандарт 3.11.(В) При проведении манипуляций, связанных с риском, берется письменное согласие пациента.

Требования стандарта.

1. При проведении лечебных манипуляций, связанных с риском (анестезиологические пособия, стоматологические хирургические вмешательства/манипуляции), пациенты получают полную информацию о возможных побочных эффектах и осложнениях вмешательств и дают письменное согласие на их проведение, зафиксированное в медицинских картах.
2. Согласие на проведение диагностических и лечебных манипуляций, связанных с риском в отношении лиц, не достигших возраста 16 лет, дают их родители или законные представители.

Оценка выполнения стандарта.

В соответствующей медицинской документации проверяется наличие письменных согласий пациентов или их родителей на проведение диагностических и лечебных манипуляций, связанных с риском.

Стандарт 3.12.(В) Оценивается удовлетворенность пациентов, их претензии принимаются во внимание. Существует система для рассмотрения жалоб пациентов.

Требования стандарта.

1. В ОЗ функционируют механизмы обратной связи с пациентами (прием официальной корреспонденции от пациентов - письма, жалобы, предложения, а также механизмы получения анонимной корреспонденции - анонимный ящик, телефон доверия, анкетирование).
2. Вся официальная корреспонденция от граждан (письма, жалобы, предложения) зарегистрирована и оценена/проанализирована ответственными лицами (Органом УК), имеются документы подтверждающие факт разбора/оценки (например, протоколы).
3. Принимаются адекватные меры по результатам официального разбора/оценки корреспонденции от граждан, направленные на улучшение качества медицинского обслуживания. Пациентам предоставляется официальный письменный ответ на жалобы.
4. Жалобы/претензии/предложения пациентов, полученные анонимно (корреспонденция анонимных ящиков, результаты анкетирования, телефонограммы от пациентов) принимаются во внимание, разбираются/оцениваются на собраниях персонала.
5. Данные результатов разбора/оценки жалоб/претензий/предложений пациентов, полученных анонимно анализируются и используются для улучшения работы. Заинтересованные подразделения/сектора деятельности ОЗ информированы о претензиях пациентов и принимают меры для улучшения деятельности.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие механизмов обратной связи с пациентами (анонимный ящик, телефон доверия, анкетирование). Оценивается фактическая организация работы по разбору анонимной и официальной корреспонденции от пациентов и ее использования для улучшения работы. Проводится опрос/анкетирование персонала ОЗ об их информированности о претензиях пациентов и принятии мер для улучшения деятельности.

Стандарт 3.13.(В) Первичная медицинская документация по ведению пациентов стандартная, содержит необходимую информацию и обеспечивает полную идентификацию пациентов.

Требования стандарта.

1. Используются стандартные, утвержденные формы медицинской документации по ведению пациентов, которые являются основными медицинскими, финансовыми и юридическими документами, отражающие весь процесс медицинского обслуживания пациентов в ОЗ:
 - медицинская карта стоматологического больного;
 - медицинская карта стоматологического больного ортопедического профиля.
2. Первичная медицинская документация по ведению пациентов содержит оформленную в хронологическом порядке всю информацию, по медицинскому обслуживанию пациентов, включая:
 - идентификационный номер пациента при его регистрации в организации (номер медицинского документа);
 - паспортную часть (фамилия, имя, отчество пациента, пол, дата рождения, место жительства);
 - серия и номер документа (паспорт, свидетельство о рождении), удостоверяющего личность пациента с персональным идентификационным номером;
 - описание жалоб пациента;
 - анамнез, включая аллергический анамнез;
 - данные объективного осмотра;
 - диагноз;
 - записи о проведенных диагностических исследованиях лечебных манипуляциях;
 - данные динамического наблюдения за пациентами (при необходимости);

- все инциденты, несчастные случаи и побочные действия медицинских вмешательств;
 - условные обозначения предупреждений/оповещений;
3. Записи в медицинской документации разборчивы, без сокращений (за исключением общепринятых аббревиатур), датированы, заполнены и подписаны лицами, курирующими пациентов и несущие непосредственную ответственность за качество оказываемых услуг пациентам.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие стандартных, утвержденных форм медицинской документации по ведению пациентов в соответствии с требованиями стандарта.
2. Проводится экспертиза первичной медицинской документации по ведению пациентов, проверяется наличие необходимых записей в соответствии с требованием стандарта.
3. Оценивается качество ведения записей (разборчивость, отсутствие сокращений, наличие дат, подписей).

Стандарт 3.14.(А) Проводится профилактика стоматологических заболеваний.

Требование стандарта.

1. Проводится обучение населения санитарно-гигиеническим навыкам по уходу за зубами и слизистой оболочкой полости рта.
2. Проводятся регулярные профилактические осмотры детей в детских дошкольных учреждениях, учащихся средних общеобразовательных учебных заведений, беременных женщин вставших на учет по поводу беременности.
3. Процент осмотренных детей в детских дошкольных учреждениях, учащихся средних общеобразовательных учебных заведений, беременных женщин вставших на учет по поводу беременности приближается к 100%.
4. Процент охвата санацией пациентов из числа лиц с заболеваниями полости рта, выявленных при проведении медицинских осмотров приближается к 100%.

Оценка выполнения стандарта.

1. Анализируются отчетные данные, оценивается работа по обучению населения санитарно-гигиеническим навыкам по уходу за зубами и слизистой оболочкой полости рта
2. Проверяется наличие списков детей детских дошкольных учреждений, учащихся средних общеобразовательных учебных заведений, беременных женщин вставших на учет по поводу беременности, журнала регистрации прохождения профилактических осмотров. Оценивается полнота охвата профилактическими осмотрами вышеуказанного контингента, количество выявленных лиц с заболеваниями полости рта при проведении профилактических осмотров и процент охвата санацией пациентов из числа лиц с заболеваниями полости рта, выявленных при проведении медицинских осмотров

Стандарт 3.15.(А) Проводится санация ротовой полости пациентам, у которых выявлены заболевания полости рта при проведении профилактических осмотров.

Требования стандарта.

Процент охвата санацией пациентов из числа лиц с заболеваниями полости рта, выявленных при проведении медицинских осмотров приближается к 100%.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяются отчетные данные ОЗ и структурных подразделений, другие учетно-

отчетные документы. Оцениваются значения индикатора указанного в требовании стандарта. При необходимости выборочно проверяется путем осмотра, выполнение требований стандарта непосредственно в организованных коллективах.

Стандарт 3.16.(А) Объем и качество терапевтического/консервативного лечения стоматологических заболеваний осуществляется в соответствии с утвержденными нормативными документами.

Требование стандарта.

1. В соответствии с утвержденными нормативными документами (приказами, стандартами, клиническими протоколами) и современными технологиями проводится терапевтическое лечение следующих стоматологических заболеваний:
 - нарушение развития и прорезывания зубов;
 - кариеса и других болезней твердых тканей зубов;
 - болезней пульпы и периапикальных тканей;
 - гингивита и болезней пародонта;
 - поражения десны и беззубого альвеолярного края, обусловленных травмой;
 - болезней слюнных желез;
 - стоматита и родственных поражений;
 - болезней губ, языка и лейкоплакии;
 - других заболеваний полости рта, включая симптоматическое лечение проявлений других заболеваний

Оценка выполнения стандарта.

Для оценки выполнения стандарта проверяются медицинские карты стоматологического больного. Оцениваются объем и качество терапевтического лечения стоматологических заболеваний.

Стандарт 3.17.(А) Объем и качество хирургической стоматологической помощи в амбулаторных условиях осуществляется в соответствии с утвержденными нормативными документами

Требование стандарта.

1. В соответствии с утвержденными нормативными документами (приказами, стандартами, клиническими протоколами) и современными технологиями проводятся следующие вмешательства:
 - удаление зубов;
 - хирургическое лечение нарушения прорезывания зубов;
 - хирургическое лечение болезней периапикальных тканей;
 - хирургическое лечение гингивита и болезней пародонта;
 - хирургическое лечение беззубого альвеолярного края;
 - хирургическое лечение воспалительных заболеваний челюстей и мягких тканей челюстно-лицевой области;
 - хирургическое лечение болезней верхнечелюстного синуса;
 - хирургическое лечение травм рта, зубов, неба, языка, челюстей, десны;
 - хирургическое лечение болезней слизистой оболочки рта;
 - извлечение инородных тел ятрогенного происхождения;
 - хирургическое лечение других заболеваний полости рта.
2. Удаление зубов у пациентов проводится в соответствии с показаниями. Нет случаев удаления зубов без показаний.

Оценка выполнения стандарта.

Для оценки выполнения стандарта проверяются медицинские карты стоматологического больного. Оцениваются объем и качество хирургического лечения стоматологических заболеваний, а также обоснованность удаления зубов.

Стандарт 3.18. (А). Объем и качество ортопедической стоматологической помощи осуществляется в соответствии с утвержденными нормативными документами.

Требование стандарта.

1. В соответствии с утвержденными нормативными документами (приказами, стандартами, клиническими протоколами) и современными технологиями проводятся следующие виды ортопедического лечения:
 - ортопедическое лечение дефектов зубов и зубных рядов несъемными конструкциями зубных протезов;
 - ортопедическое лечение дефектов зубных рядов съемными конструкциями протезов;
 - ортопедическое лечение шинирующими протезами;
 - ортопедическое лечение сложно челюстными протезами, в том числе на имплантатах;
 - ортопедическое лечение патологии височно-нижнечелюстного сустава.
2. Протезирование зубов у пациентов проводится в соответствии с клиническими показаниями.
3. При мостовидном протезировании обязательным является использование двух опорных зубов (исключая протезирование отсутствующего верхнего бокового резца), соотношение количества коронок и межзубных зубов составляет 1:1,2. Соотношение количества коронок к искусственным зубам составляет 2:1.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяются наряды на выполнение стоматологических протезов и конструкций, дневники учета работы зубных техников и стоматологов-ортопедов, медицинские карты стоматологических больных ортопедического профиля, оценивается выполнение требований стандартов.

Стандарт 3.19.(Б) Обеспечивается полное рентгенологическое исследование депульпированных зубов у пациентов.

Требование стандарта.

Проводится стопроцентное рентгенологическое исследование депульпированных зубов, подлежащих покрытию коронками и использованию их в виде опорных пунктов для мостовидных протезов, а также при использовании их для штифтовых конструкций.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяются медицинские карты, листки ежедневного учета работы врача-стоматолога, а также журнал регистрации рентгенологических исследований, оценивается выполнение требований стандарта.

Стандарт 3.20. (А) При терапевтическом и хирургическом лечении стоматологических заболеваний, а также при оказании ортопедической стоматологической помощи применяются современные и безопасные методы обезболивания/анестезии.

Требования стандарта.

1. Используются современные методы обезболивания/анестезии при:

- удалении зубов и другом хирургическом лечении стоматологических заболеваний;
 - лечении глубокого кариеса, пульпита, периодонтита;
 - кюретаже десен;
 - чистке зубов от камня и налета;
 - обточке и/или депульпации зубов перед протезированием (ортопедическим лечением);
 - при вживлении имплантатов;
 - и др..
2. Риски введения анестетиков при лечении стоматологических заболеваний оцениваются и управляются:
- выявление противопоказаний к введению анестетиков (определенные заболевания, аллергия на препарат и др.);
 - проведение лабораторных исследований на переносимость анестетиков;
 - наличие в стоматологических кабинетах противошоковой укомплектованной аптечки, аптечки для экстренных состояний и документированных инструкций на случай возникновения анафилактического шока и экстренных состояний у пациентов на введение анестетиков;
 - обучение персонала по неотложным и экстренным состояниям.

Оценка выполнения стандарта.

Для оценки выполнения стандарта проверяются медицинские карты стоматологического больного, оценивается выполнение требований стандарта.

Стандарт 3.21.(Б) Выполняется минимально необходимый объем диагностических исследований.

Требование стандарта.

Минимально необходимый объем диагностических исследований включает рентгенологические исследования челюстно-лицевой области, которые осуществляются лицами, имеющими необходимое медицинское образование и последипломную подготовку, имеются подтверждающие документы (дипломы, сертификаты).

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие рентгеновского кабинета и наличие необходимого медицинского образования и последипломной подготовки у лиц проводящих рентгеновские исследования челюстно-лицевой области у пациентов.

Стандарт 3.22.(В) Пациентам предоставляется санитарно-просветительский наглядный материал.

Требования стандарта.

ОЗ оснащена санитарно-просветительским наглядным материалом для пациентов (информационные стенды, памятки, плакаты буклеты/брошюры, который включает информацию о:

- гигиене полости рта;
- профилактике стоматологических заболеваний;
- о здоровом образе жизни;
- о правильном питании и др.

Представленная информация располагается в удобном и доступном месте для пациентов и регулярно актуализируется.

Оценка выполнения стандарта.

В ОЗ/структурных подразделениях проверяется наличие санитарно-просветительского наглядного материала в соответствии с требованиями стандарта.

Стандарт 3.23.(В) Обслуживание пациентов скоординировано между ОЗ и органом социальной защиты.

Требования стандарта.

В соответствии с требованиями законодательства КР и нормативных правовых документов МЗКР:

- ОЗ имеет список (заверенный в органе социальной защиты) граждан, состоящих на учете в органах социальной защиты, имеющих право на льготное медицинское обслуживание (протезирование зубов);
- обеспечивается льготное обслуживание граждан, состоящих на учете в органах социальной защиты.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие списка граждан, имеющих право на льготное медицинское обслуживание, заверенного в органе социальной защиты.
2. Оценивается выполнение требованиями законодательства КР и нормативных правовых документов МЗКР по обеспечению льготной категории граждан медицинским обслуживанием (протезирование зубов).

Блок IV. «Материально-техническая база, хозяйственная служба, ресурсное оснащение и безопасность окружающей среды»

Стандарт 4.1.(В) Имеются удобные подъездные пути с асфальтированным покрытием без дефектов и зона для парковки автотранспорта.

Требование стандарта.

1. К территории СП прилегают удобные подъездные пути с асфальтированным покрытием без дефектов.
2. Имеются площадки/места для парковки автотранспорта пациентов, персонала и посетителей, их площадь позволяет безопасно парковать автотранспорт и не загромождать проезжую часть.

Оценка выполнения стандарта.

Путем визуального осмотра оцениваются на предмет соответствия требованиям стандарта:

- подъездные пути;
- площадки/места для парковки автотранспорта пациентов, посетителей и персонала СП.

Стандарт 4.2.(В) Размещение СП соответствует гигиеническим требованиям.

Требование стандарта.

Размещение СП соответствует требованиям действующих нормативных правовых документов (СанПиН и др.):

1. Земельный участок, на котором размещена СП сухой, находится вдали от источников загрязнения атмосферного воздуха.
2. Стоматологическая поликлиника, размещенная в жилых и общественных зданиях, имеет отдельный вход для пациентов и посетителей и для сотрудников со стороны

- улицы.
3. Территория СП благоустроена, озеленена, освещена.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится обход территории СП, оценивается соответствие территории требованиям стандарта.

Стандарт 4.3.(В) Администрация осуществляет регулярный контроль и оценку окружающей среды.

Требования стандарта.

Контроль и оценка окружающей среды включает:

1. Регулярные административные обходы территории и помещений СП с документированием результатов и решений, направленных на устранение выявленных недостатков;
2. Организацию проведения необходимых лабораторно-инструментальных исследований/измерений (микробиологический контроль циркуляции штаммов инфекций, радиационный контроль, контроль/измерение параметров микроклимата и др.). Имеются соответствующие документы о результатах лабораторно-инструментальных исследований/измерений (акты, заключения), подтверждающие безопасность условий оказания услуг или содержащие «предписания» о необходимости проведения корректирующих мероприятий.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие документов о проведении административных обходов с документированием результатов и решений, направленных на устранение выявленных нарушений.
2. Проверяется наличие документов о проведении необходимых лабораторно-инструментальных исследований/измерений.

Стандарт 4.4.(В) Все медицинская техника зарегистрирована и учтена.

Требования стандарта.

1. На всю медицинскую технику (приборы, аппараты, инструменты, оборудование), имеются учетные регистрационные/инвентаризационные формы (журналы, карточки и др.), которые включают следующие сведения:
 - наименование, модель и серийный номер;
 - учетный номер по республике;
 - год выпуска;
 - дата закупки;
 - источник приобретения;
 - наименование производителя (фирма и страна изготовитель) и поставщика.
2. Ведется и регулярно актуализируется электронная база данных (матрица) по медицинской технике (автоматизированный учет).

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется факт учета и регистрации медицинской техники в соответствии с требованием стандарта. Кроме того, проверяются факт наличия и регулярной актуализации электронной базы данных (матрицы) по медицинской технике.

Стандарт 4.5.(В) На все изделия медицинского назначения имеются эксплуатационные документы.

Требования стандарта.

1. На всю медицинскую технику имеются эксплуатационные документы (технический паспорт, формуляр, руководство по эксплуатации, методика поверки средств измерения и др.), содержащие:
 - сведения о конструкции, принципе действия, параметрах, характеристиках (свойствах) медицинской техники и их запасных частей;
 - указания, необходимые для правильной и безопасной эксплуатации медицинской техники (использования по назначению, технического обслуживания, хранения и транспортирования);
 - сведения по утилизации;
 - информацию о производителе, поставщике и их гарантийных обязательствах.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится проверка наличия, изучение и оценка эксплуатационных документов на медицинскую технику в соответствии с требованием стандарта.

Стандарт 4.6.(В) Проводится регулярная оценка рационального использования изделий медицинской техники.

Требования стандарта.

1. В соответствии с установленными требованиями нормативных документов системы здравоохранения КР Орган УК не реже одного раза в год осуществляет мониторинг (аудит) соблюдения правил эксплуатации и хранения медицинской техники, включающий проверку/оценку:
 - состояния служебных помещений и инженерных инфраструктур (в каких помещениях эксплуатируется - условия безопасности, микроклимат);
 - состояния медицинской техники (работоспособность, регулярность технического/профилактического обслуживания);
 - компетентности персонала работающего с медицинской техникой.
 - наличия средств измерения температуры (если это необходимо) и системы регистрации температуры (включая периодичность замеров);
 - системы оповещения, установленной на медицинской технике, которая должна подавать сигнал тревоги при нарушении температурного режима.
 - нагрузка на диагностические аппараты и приборы в соответствии со штатными нормативами;
 - обеспечение расходными материалами;
 - наличие инструкций по технике безопасности и руководств по эксплуатации возле всех аппаратов и приборов;
2. Результаты аудитов документируются и содержат выводы о проведении корректирующих мероприятий по улучшению рационального использования медицинской техники:
 - меры по приведению в соответствие с установленными требованиями условий эксплуатации и хранения изделий медицинской техники;
 - разработка/актуализация инструкций по технике безопасности и проведение инструктажа, руководств по эксплуатации;
 - ремонт, заключение договоров на техническое обслуживание;
 - консервация, списание;
 - приобретение новых изделий медицинской техники;
 - приобретение расходных материалов и др..
3. Отслеживается реализация корректирующих мероприятий по улучшению

рационального использования медицинской техники.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие документов, подтверждающих проведение аудитов для оценки рационального использования медицинской техники, оценивается адекватность выводов о приведении корректирующих мероприятий по улучшению рационального использования медицинской техники.
2. Кроме того, проверяется реализация корректирующих мероприятий по улучшению рационального использования медицинской техники (документы подтверждающие проведение корректирующих мероприятий).

Стандарт 4.7.(Б) Обеспечивается проведение поверки средств измерения.

Требования стандарта.

Назначено ответственное лицо за организацию поверки СИ (аппараты и приборы). Ответственное лицо обеспечивает составление, согласование и утверждение официального перечня и графиков поверок СИ (перечень и графики утверждаются руководителем ОЗ и согласовываются с организацией производящей поверку СИ). Проведена 100% поверка СИ.

Оценка выполнения стандарта.

У ответственного лица проверяется наличие официального перечня и графиков поверок СИ, утвержденных и согласованных в установленном порядке. Проверяется наличие актов поверки средств измерения и (или) клейм, проставленных на СИ. Количество актов и (или) клейм сопоставляется с перечнем СИ и высчитывается процент СИ, прошедших процедуру поверки

Стандарт 4.8.(В) Здания и помещения обеспечены надежными мерами охраны.

Требование стандарта.

1. Все служебные помещения закрываются на ключ. Окна и двери кассы, аптечного склада, архива защищены решетками и оборудованы охранной сигнализацией (если это возможно).
2. Организована круглосуточная охрана для защиты пациентов и сотрудников, во избежание проникновения в здания организации посторонних людей, предотвращения терроризма, краж и насилия.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится обход зданий и помещений, в процессе которого проверяется наличие мер охраны и оценивается их адекватность и эффективность в зависимости от объекта.

Стандарт 4.9.(В) Существуют правила выдачи и возврата ключей от помещений.

Требование стандарта.

Ключи от служебных помещений, после окончания рабочего дня, хранятся централизованно в одном месте (на маркированном щите поста охраны/регистратуры). Ключи от служебных помещений промаркированы соответствующим образом. Выдача и возврат ключей персоналу регистрируется в учетном журнале. Место для хранения ключей не доступно для посторонних лиц.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие процедуры централизованной выдачи и возврата ключей и ее

соответствие требованиям стандарта.

Стандарт 4.10.(Б) Здания и помещения СП соответствуют гигиеническим требованиям.

Требования стандарта.

1. В соответствии с установленными требованиями нормативных документов системы здравоохранения (СанПиН и др.) КР, структура СП и планировка ее помещений исключает возможность перекрещивания или соприкосновения «чистых» и «грязных» технологических потоков (при оказании медицинской помощи, проведению работ по предстерилизационной очистке и стерилизации, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий).
2. Площадь основных помещений СП соответствует требованиям действующих нормативных документов.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится обход СП, оценивается соответствие зданий, сооружений и помещений требованиям стандарта и нормативных документов. При необходимости (для уточнения) просматриваются технические паспорта на здания, помещения и сооружения.

Стандарт 4.11.(Б) Отделка здания и помещений СП соответствует установленным требованиям нормативных правовых документов

Требования стандарта.

1. Внешняя отделка здания СП без дефектов.
2. Поверхности стен, полов и потолков в помещениях гладкие, легкодоступные для влажной уборки и устойчивые при использовании моющих и дезинфицирующих средств, разрешенных к применению.
3. Стены в помещениях с влажным режимом работы (хирургический кабинет, ЦСО, санитарные узлы, ПАМО и др.) и подвергающихся влажной текущей дезинфекции облицованы глазурованной плиткой или другими влагостойкими материалами на высоту помещений.
4. Потолки в помещениях с влажным режимом работы окрашены водостойкими красками или покрыты другим водостойким материалом.
5. Покрытия полов во всех помещениях без дефектов, гладкие, плотно пригнанные к основанию и устойчивые к действию моющих и дезинфицирующих средств.
6. Стены у мест установки раковин и других санитарных приборов, а также оборудования, эксплуатация которого связана с возможным увлажнением стен и перегородок облицованы глазурованной плиткой или другими влагостойкими материалами на высоту 1,6 м от пола и на ширину более 20 см от оборудования и приборов в каждую сторону.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится осмотр здания и помещений СП, оценивается выполнение требований стандарта.

Стандарт 4.12.(А) Инженерно-техническая инфраструктура здания/помещений СП соответствует установленным требованиям нормативных правовых документов.

Требования стандарта.

1. В СП имеется система:
 - холодного водоснабжения (централизованная или местная система подачи холодной воды);

- горячего водоснабжения (стоматологических кабинетах, зуботехнической лаборатории, туалетах и вспомогательных помещениях, требующих мытья рук персонала);
 - канализации;
 - электроснабжения (при отключении централизованной подачи электроэнергии, электроснабжение обеспечивается автономными генераторами электрической энергии);
 - естественного и искусственного освещения (только искусственное освещение имеется в помещениях, правила эксплуатации которых не требуют естественного освещения - кладовые, санитарные узлы, гардеробные для персонала и пр.);
 - естественной вентиляции (индивидуальный канал вытяжной вентиляции с естественным побуждением, форточки, фрамуги);
 - отопления (отопительные приборы имеют гладкую поверхность, устойчивую к воздействию моющих и дезинфицирующих растворов и размещены у наружных стен, под окнами, без ограждений).
2. Системы холодного и горячего водоснабжения, канализации, электроснабжения, освещения, естественной вентиляции и отопления соответствуют установленными требованиями нормативных правовых документов.
 3. Окна помещений ориентированные на южные румбы горизонта оборудованы солнцезащитными устройствами (козырьки, жалюзи).

Оценка выполнения стандарта.

Проводится обход помещений СП, оценивается выполнение требований стандарта.

Стандарт 4.13.(А) Риск возникновения пожара оценен и управляется.

Требование стандарта.

1. Персонал СП проходит инструктаж по правилам противопожарной безопасности на рабочих местах (при работе с аппаратами, приборами, электрооборудованием и др.).
2. Имеются инструкция по противопожарной безопасности, схема эвакуации персонала при возникновении пожара и средства пожаротушения (пожарные краны, пожарные рукава, огнетушители) доступные для персонала.
3. Имеются гидранты, пожарный щит, оснащенный необходимым инвентарем (багор, топор, лопата, ведро, ящик с песком), доступный персоналу учреждения в случае возникновения пожара.
4. СП оборудована установками автоматической пожарной сигнализации.
5. Огнетушители регулярно проверяются и перезаряжаются

Оценка выполнения стандарта.

1. В СП проверяется наличие документации о прохождении инструктажа по правилам противопожарной безопасности на рабочих местах, инструкции по противопожарной безопасности.
2. Проводится обход СП, оценивается наличие схемы эвакуации персонала при возникновении пожара и средств пожаротушения в соответствии с требованием стандарта.
3. Проверяется наличие установок автоматической пожарной сигнализации.
4. Оценивается регулярность проверки и перезарядки огнетушителей.

Стандарт 4.14.(Б) В СП имеется система управления запасами медицинской техники и расходными материалами.

Требования стандарта.

1. СП планирует и осуществляет закупки, модернизацию и замену медицинской техники.
 - для адекватного обеспечения оказываемых медицинских услуг;
 - для реагирования на чрезвычайные ситуации с помощью имеющегося резерва;
 - с целью обеспечения бесперебойной работы всей медицинской техники.
2. Имеется план по замене изношенной медицинской техники и соответствующие расчеты.
3. Имеется достаточное количество расходных материалов для проведения технического обслуживания и мелкого ремонта.
4. Устаревшая и не подлежащая ремонту медицинская техника деконтаминируется и удаляется (списывается) в соответствии с установленным порядком.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие плана по замене изношенной медицинской техники и соответствующих расчетов.
2. Оценивается наличие достаточного количества расходных материалов для проведения технического обслуживания и мелкого ремонта медицинской техники
3. Проверяется наличие документов, подтверждающих проведение деконтаминации и списания медицинской техники (акты проведения соответствующих процедур).

Стандарт 4.15.(А) Обеспечивается наличие необходимого запаса лекарственных препаратов и стоматологических материалов.

Требование стандарта.

Имеется необходимый запас (не менее чем на один месяц) необходимых лекарственных препаратов и стоматологических материалов в соответствии с требованиями нормативных документов системы здравоохранения.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие необходимого запаса необходимого перечня лекарственных препаратов и стоматологических материалов, оценивается соответствие его объема для обеспечения бесперебойной работы СП.

Стандарт 4.16.(Б) Обеспечивается наличие необходимого запаса изделий медицинского назначения однократного применения и других медицинских расходных материалов.

Требование стандарта.

Имеется необходимый запас изделий медицинского назначения однократного применения и других медицинских расходных материалов (перчатки, шприцы, инструмент одноразовый, антисептики для обработки рук и кожных покровов и др.).

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие запаса необходимого запаса изделий медицинского однократного применения и других расходных средств, оценивается соответствие его объема для обеспечения бесперебойной работы подразделений. Проводится анкетирование пациентов на предмет приобретения ими медицинских изделий однократного применения и других медицинских расходных материалов.

Стандарт 4.17(В). Имеется необходимый набор твердого инвентаря бытового и медицинского назначения.

Требование стандарта.

В соответствии с **Приложением к стандартам** в СП имеется адекватное количество

твёрдого инвентаря (мебели) бытового и медицинского назначения, которые обеспечивают необходимые условия для оказания медицинской помощи пациентам и профессиональной деятельности персонала.

Оценка выполнения стандарта.

В структурных подразделениях, административных и хозяйственных помещениях СП проводится осмотр всех видов твёрдого инвентаря в соответствии с **Приложением к стандартам**. Оценивается наличие необходимого количества инвентаря и его состояние (степень изношенности).

Стандарт 4.18.(А) Имеется достаточное количество мыло - моющих и дезинфицирующих средств.

Требование стандарта.

На складе СП имеется 2-х недельный достаточный (в соответствии с произведенным расчетом потребностей) запас мыло - моющих и дезинфицирующих средств, разрешенных к использованию для соблюдения санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов в структурных подразделениях/кабинетов СП.

Оценка выполнения стандарта.

1. Подвергается анализу локальный акт, устанавливающий нормы расходов мыло - моющих и дезинфицирующих средств. Путем проверки документации по приходу и расходу мыло - моющих и дезинфицирующих средств, а также путем собеседования с медперсоналом выясняется степень достаточности выделяемых мыло - моющих и дезинфицирующих средств.
2. Проверяется наличие мыло - моющих и дезинфицирующих средств на складе СП, оценивается адекватность их запаса.

Стандарт 4.19.(В) Имеются договора с подрядчиками на предоставление технических и других услуг.

Требование стандарта.

Имеются действующие договора с подрядчиками по вопросам оказания коммунальных и транспортных услуг, профилактического обслуживания зданий, коммуникационных систем, медицинской техники и электрооборудования, инвентаря, оборудования бытового назначения и удаления отходов с территории организации. В договорах четко определены обязанности сторон.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие действующих договоров на предоставление услуг в соответствии с требованиями стандарта.

Стандарт 4.20.(Б) Имеются туалеты для пациентов и персонала.

Требования стандарта.

1. В СП имеется достаточное количество туалетов для пациентов (отдельные туалеты для женщин и мужчин) и отдельный туалет для персонала.
2. Туалеты оснащены шлюзами с умывальниками, жидким мылом и одноразовыми салфетками.
3. Туалеты чистые.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится осмотр туалетов и оценивается их соответствие требованиям стандарта.

Стандарт 4.21.(В) Проводятся дератизационные и дезинсекционные мероприятия.

Требования стандарта.

Дератизационные и дезинсекционные мероприятия проводятся не менее одного раза в год (при необходимости не менее одного раза в квартал) на основании заключенного договора с отделом профилактической дезинфекции санитарно-эпидемиологической или дезинфекционной станцией. Кроме того, проводится сезонная борьба с мухами. Мероприятия эффективны (отсутствуют мышевидные грызуны и насекомые) Проведение мероприятий документируется.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие договоров на проведение дератизационных и дезинсекционных мероприятий и актов, отражающих проведение мероприятий. Оценивается регулярность и эффективность проведения дератизационных и дезинсекционных мероприятий.

Стандарт 4.22.(Б) Для хранения дезинфицирующих и моющих средств и проведения работ по дезинфекции имеется помещение и техническое оснащение.

Требования стандарта.

1. Дезинфицирующие и моющие средства хранятся в специально отведенных помещениях (кладовая) в соответствии с нормативными требованиями системы здравоохранения КР. Склад/кладовая состоит из:
 - помещение для раздельного хранения дезинфицирующих и моющих средств;
 - помещение для выдачи дезинфицирующих и моющих средств;
2. Склад/кладовая оборудован металлическими стеллажами или деревянными полками для хранения тары с дезинфицирующими и моющими средствами. Помещение склада сухое, имеет гладкие стены, цементный или асфальтовый пол. Стены и потолки имеют отделку, предотвращающую абсорбцию вредных или агрессивных веществ и допускающую влажную уборку и мытье. Дезинфекционные и моющие средства защищены от воздействия прямых солнечных лучей, имеют этикетку с указанием названия средства, его назначения, концентрации действующих веществ, даты изготовления, сертификации, срока годности, мер предосторожности, реквизитов изготовителя и поставщика.
3. В помещении для персонала имеется оборудование для частичной или полной санитарной обработки, отдельные шкафы для хранения одежды. Имеются инструкции по ТБ при работе с дезинфицирующими средствами, средства индивидуальной защиты, аптечки первой медицинской помощи.
4. В складе/кладовой для хранения дезинфицирующих средств не хранятся пищевые продукты, питьевая вода и не принимается пища.
5. Для проведения работ по дезинфекции имеются:
 - подсобное помещение с централизованной подводкой проточной воды (кран с раковиной);
 - пластиковые емкости с дезинфицирующими средствами, рекомендованными к применению в установленном порядке;
 - специальные емкости для сбора колюще-режущих предметов (там, где есть необходимость);
 - емкости с герметичными пластиковыми пакетами для сбора медицинских и биологических отходов (там, где есть необходимость).

Оценка выполнения стандарта.

1. Путем визуального осмотра склада/кладовой для хранения дезинфицирующих и моющих средств оценивается наличие необходимых помещений, оборудования и соответствие хранения дезинфицирующих средств гигиеническим требованиям.
2. В структурных подразделениях ОЗ проводится осмотр помещений для проведения работ по дезинфекции, оценивается соответствие требованиям стандарта.

Стандарт 4.23.(Б) В СП имеются необходимые подразделения/кабинеты.

Требования стандарта.

В соответствии со своей специализацией/оказываемыми видами медицинских услуг СП имеет необходимые подразделения/кабинеты в соответствии с **Приложением к стандартам**.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится обход помещений структурных подразделений и кабинетов СП, оценивается выполнение требований стандарта.

Стандарт 4.24.(Б) В подразделениях/кабинетах СП имеется необходимый набор изделий медицинского назначения.

Требования стандарта.

В подразделениях/кабинетах СП имеется необходимый перечень и достаточное количество изделий медицинского назначения (аппараты и приборы, оборудование, инструменты, материалы) в соответствии с **Приложением к стандартам**.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится обход помещений структурных подразделений и кабинетов СП, оценивается выполнение требований стандарта.

ПРИЛОЖЕНИЕ К СТАНДАРТАМ

ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ ПОМЕЩЕНИЙ СП

№ п/п	Перечень помещений	Самооценка стандарта ОЗ в баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»	Оценка стандарта экспертом в баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»
1.	Регистратура		
2.	Терапевтические стоматологические кабинеты		
3.	Хирургический стоматологический кабинет		
4.	Ортопедические стоматологические кабинеты		
5.	Ортодонтический стоматологический кабинет		
6.	Зуботехническая лаборатория: <ul style="list-style-type: none"> • литейная; • гипсовочная; • паяльная 		
7.	Рентгенологический кабинет		
8.	Физиотерапевтический кабинет		
9.	ЦСО (стерилизационный кабинет)*: <ul style="list-style-type: none"> • приемная, моечная не менее 6 кв.м.; • сушильно-упаковочная не менее 4 кв.м.; • стерилизационная - 4-9 кв.м., в зависимости от объема используемого автоклава; • экспедиционная не менее 2 кв.м.. 		
10.	Пункт автоклавирования медицинских отходов: <ul style="list-style-type: none"> • зона приема/ регистрация отходов; • зона взвешивания и хранения опасных отходов; • зона стерилизация отходов или собственно автоклавная; • место для мытья транспортной упаковки/контейнеров; • зона хранения чистого оборудования и обработанных отходов. 		
11.	Помещение для стирки белья и защитной одежды сотрудников: <ul style="list-style-type: none"> • помещение для сбора и стирки; • помещение для сушки, глажения и хранения чистого белья 		

***При использовании ОЗ незначительного количество медицинского инструментария, помещение для стерилизации ИМН (стерилизационный кабинет) может состоять из двух комнат:**

- моечная не менее 4 кв.м.;
- стерилизационная- 4-9 кв.м., в зависимости от объема используемого автоклава.

**ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОГО ОСНАЩЕНИЯ
стоматологических кабинетов общей практики, терапевтических, хирургического,
профилактического стоматологических кабинетов**

№ п/п	Изделия медицинского назначения	Самооценка стандарта в баллах (0,1,2,4), «не применимо»	Оценка стандарта экспертом в баллах (0,1,2,4), «не применимо»	Специализация/кабинет			
				общая практика	терапия	хирургия	профилактика
1.	Автоклав			+	+	+	+
2.	Аквадистиллятор			+	+	+	
3.	Амальгаммосмеситель			+	+		
4.	Аппарат воздушно-абразивный для снятия зубных отложений			+	+		+
5.	Аппарат для дезинфекции оттисков			+	+		
6.	Аппарат для диагностики жизнеспособности пульпы (одонтометр)			+	+	+	
7.	Аппарат для изготовления капп, используемых для отбеливания			+	+		+
8.	Аппарат для определения глубины корневого канала (апекслокатор)			+	+		
9.	Аппарат для определения центрального соотношения челюстей			+			
10.	Аппарат для проведения профессионального отбеливания зубов			+	+		+
11.	Аппарат для электро(фоно)фореза			+			+
12.	Аппарат лазерный				+	+	
13.	Аппарат ультразвуковой для снятия зубных отложений			+	+		+
14.	Аппарат ультразвуковой универсальный			+	+	+	+
15.	Артикулятор с лицевой дугой			+			
16.	Аспиратор хирургический					+	
17.	Биксы						
18.	Бормашина зуботехническая						
19.	Бормашина передвижная с компрессором			+	+	+	
20.	Бормашина электрическая			+	+	+	+
21.	Видеокамера интраоральная			+	+		+
22.	Горелка (спиртовая, газовая, пьезо)			+	+	+	+
23.	Диатермокоагулятор			+	+	+	

	стоматологический						
24.	Долота и остеотомы					+	
25.	Зажим кровоостанавливающий			+		+	
26.	Зонд глазной			+		+	
27.	Иглы для проведения пункционной биопсии и аспирационного цитологического метода исследования					+	
28.	Инкубатор для проведения микробиологических тестов			+			+
29.	Инструменты: - боры - полиры - финиры - головки фасонные и круги - диски операционные - фрезы			+	+	+	+
30.	Инъектор карпульный			+	+	+	
31.	Камеры для хранения стерильных инструментов («Ультравиол», «Панмед», «Ультралайт»)			+	+	+	+
32.	Компьютер			+	+	+	+
33.	Коронкосниматель			+		+	
34.	Корцанг			+		+	
35.	Коффердам (роббердам)			+	+		
36.	Кресло стоматологическое			+	+	+	+
37.	Крючки хирургические			+		+	
38.	Кюрета хирургическая			+		+	
39.	Лампа бактерицидная			+	+	+	+
40.	Лампа для полимеризации			+	+		+
41.	Ложки оттискные			+			
42.	Ложки хирургические			+		+	
43.	Лупа бинокулярная			+	+	+	
44.	Машина упаковочная			+	+	+	
45.	Микромотор стоматологический с оптикой и без оптики			+	+	+	
46.	Набор аппаратов, инструментов, материалов и медикаментов для оказания помощи при неотложных состояниях			+	+	+	+
47.	Набор для депофореза				+		
48.	Набор для наложения швов					+	
49.	Набор для шлифования и полирования			+	+		+
50.	Набор инструментов для осмотра рта (базовый): - лоток - зеркало стоматологическое - зонд стоматологический остроконечный - зонд стоматологический пуговчатый			+	+	+	+

	- пинцет зубо­вра­че­б­ный - экскаваторы зубные - гладилки						
51.	Набор инструментов для снятия на­зуб­ных от­ло­же­ний			+	+	+	+
52.	Набор инструментов для трахеостомии			+	+	+	
53.	Набор ручных инструментов для снятия поддесневых зубных от­ло­же­ний			+	+		
54.	Наборы инструментов для ретроградного пломбирования корневых каналов					+	
55.	Наконечники: прямой для микро­мо­то­ра - угловой для микро­мо­то­ра - турбинный без фиброоптики - турбинный с фиброоптикой - эндодонтический			+	+	+	+
56.	Негатоскоп			+	+	+	
57.	Ножницы в ассортименте			+	+	+	
58.	Ножницы коронковые			+			
59.	Отсасыватель пыли			+	+	+	+
60.	Отсасыватель слюны			+	+	+	+
61.	Очиститель ультразвуковой («Серьга», «Флюкса»)			+	+	+	+
62.	Очки защитные для врача, пациента и ассистента			+	+	+	+
63.	Параллеломер			+			
64.	Пинцеты			+	+	+	+
65.	Прибор для вертикальной конденсации горячей гуттаперчей				+		
66.	Прибор для измерения выносливости пародонта (гнатодинамометр)				+	+	
67.	Прибор для определения мышечного тонуса			+		+	
68.	Прибор для определения степени подвижности зубов			+	+	+	+
69.	Прибор для очистки и смазки наконечников			+	+	+	+
70.	Прибор для проведения пробы Кулаженко			+			+
71.	Прибор для разогревания гуттаперчи			+	+		
72.	Приборы для утилизации шприцев, игл и других одноразовых инструментов			+	+	+	+
73.	Радиовизиограф			+	+	+	
74.	Распаторы					+	
75.	Ретракторы			+	+		
76.	Светильник стоматологический			+	+	+	+
77.	Скальпели			+		+	
78.	Средства и емкости для дезинфекции			+	+	+	+

79.	Средства индивидуальной гигиены: - зубные щетки - зубные пасты - ополаскиватели - флоссы, ершики, ирригаторы, межзубные стимуляторы			+	+		+
80.	Стерилизатор гласперленовый			+	+	+	+
81.	Стерилизатор суховоздушный			+	+	+	+
82.	Стол гипсовальный (гипсовочный)			+			
83.	Стол операционный					+	
84.	Установка стоматологическая			+	+	+	+
85.	Шпатели для замешивания оттискных масс			+			
86.	Шпатели для замешивания пломбировочного материала			+	+	+	+
87.	Шпатель для замешивания гипса			+			
88.	Шприцы и иглы для проведения инъекций, в т.ч. интралигаментарных			+	+	+	+
89.	Щипцы для удаления зубов в комплекте					+	
90.	Щипцы крампонные			+			
91.	Щитки защитные для врача и ассистента			+	+	+	+
92.	Аптечка для оказания экстренной медицинской помощи			+	+	+	+
93.	Аптечка на случай возникновения биоаварий			+	+	+	+
94.	Противошоковая аптечка			+	+	+	+
	ИТОГО (общая оценка):						

**ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОГО ОСНАЩЕНИЯ
ортопедических, ортодонтического стоматологических кабинетов и
зуботехнической лаборатории**

№ п/п	Изделия медицинского назначения	Самооценка стандарта в баллах (0,1,2,4), «не применимо»	Оценка стандарта экспертом в баллах (0,1,2,4), «не применимо»	Специализация/кабинет		
				ортопедия	ортодонтия	зуботехническая лаборатория
1.	Аппарат для дезинфекции оттисков			+	+	
2.	Аппарат для заточки инструментов			+	+	
3.	Аппарат для литья металла					+
4.	Аппарат для определения глубины корневого канала (апекслокатор)			+	+	
5.	Аппарат для определения протетической плоскости					+

6.	Аппарат для определения центрального соотношения челюстей			+	+	
7.	Аппарат для прессования ортодонтических пластинок				+	+
8.	Аппарат для прогрева литьевых форм					+
9.	Аппарат для разогрева гидроколлоидной массы					+
10.	Аппарат лазерный				+	
11.	Аппарат паяльный					+
12.	Аппарат точечной сварки				+	+
13.	Аппарат ультразвуковой универсальный			+	+	
14.	Артикулятор с лицевой дугой			+	+	+
15.	Биксы				+	
16.	Бормашина зуботехническая					+
17.	Бормашина передвижная с компрессором			+	+	
18.	Бормашина электрическая			+	+	
19.	Бункер или дозатор гипса					+
20.	Бюгельная рамка					+
21.	Вакуумный миксер					+
22.	Весы настольные, лабораторные				+	+
23.	Вибростол					+
24.	Видеокамера интраоральная			+	+	
25.	Воскотопка					+
26.	Вытяжной шкаф					+
27.	Гидрополимеризатор					+
28.	Гипсовальный стол обшитый нержавеющей сталью или пластиком с отверстием для удаления отходов гипса					+
29.	Гипсоотстойники					+
30.	Гнатостат				+	
31.	Горелка (спиртовая, газовая, пьезо)			+	+	+
32.	Дозатор гипса (бинкер)				+	+
33.	Зажим кровоостанавливающий			+		
34.	Зеркала для фотосъемки				+	
35.	Зонты вентиляционные, вытяжные					+
36.	Зуботехническая бормашина					+
37.	Инструменты: - боры - полиры - финиры - головки фасонные и круги - диски операционные - фрезы			+	+	+
38.	Камеры для хранения стерильных инструментов («Ультравиол», «Панмед», «Ультралайт»)			+	+	

39.	Комплект приспособлений для профилактики аномалий прикуса				+	
40.	Компрессор				+	+
41.	Компьютер			+	+	
42.	Коронкосниматель			+	+	
43.	Корцанг			+	+	+
44.	Коффердам (роббердам)			+	+	
45.	Кресло стоматологическое			+	+	
46.	Кювета для дублирования					+
47.	Кювета зуботехническая большая					+
48.	Лампа бактерицидная			+	+	
49.	Лампа для полимеризации			+	+	
50.	Лобзик					+
51.	Ложка для металла					+
52.	Ложки оттискные			+	+	
53.	Лупа бинокулярная			+	+	
54.	Машина упаковочная			+	+	
55.	Микрометр					+
56.	Микромотор стоматологический с оптикой и без оптики			+	+	
57.	Муфельная печь					+
58.	Набор аппаратов, инструментов, материалов и медикаментов для оказания помощи при неотложных состояниях			+	+	
59.	Набор для ортодонтических работ				+	+
60.	Набор для работы с керамикой					+
61.	Набор измерительных ортодонтических инструментов				+	
62.	Набор инструментов для осмотра рта (базовый): - лоток - зеркало стоматологическое - зонд стоматологический остроконечный - зонд стоматологический пуговчатый - пинцет зубохирургический - экскаваторы зубные - гладилки			+	+	
63.	Набор инструментов для работы с имплантатами			+		
64.	Набор инструментов для работы с несъемной ортодонтической аппаратурой				+	
65.	Набор инструментов для съемной аппаратуры				+	
66.	Наборы инструментов для работы с металлическими				+	

	коронками и кольцами					
67.	Наконечники: - прямой для микромотора - угловой для микромотора -турбинный без фиброоптики - турбинный с фиброоптикой -эндодонтический			+	+	+
68.	Негатоскоп			+	+	
69.	Нити арамидные для шинирования			+		
70.	Нож для гипса					+
71.	Ножницы в ассортименте				+	
72.	Ножницы коронковые			+	+	+
73.	Нож-шпатель зуботехнический					+
74.	Окклюдатор			+	+	+
75.	Отсасыватель пыли			+	+	
76.	Отсасыватель слюны			+	+	
77.	Очиститель ультразвуковой («Серьга», «Флюкса»)			+	+	
78.	Очки защитные для врача, пациента и ассистента			+	+	+
79.	Палитра					+
80.	Параллелометр			+	+	+
81.	Пароструйная установка					+
82.	Периотест				+	
83.	Пескоструйный аппарат					+
84.	Печь для выплавки воска					+
85.	Пинцет зуботехнический					+
86.	Пинцеты			+	+	
87.	Плита газовая (электрическая)					+
88.	Пневмополимеризатор					+
89.	Полировочный станок с пылеуловителем драгоценных металлов					+
90.	Пресс для выдавливания гипса					+
91.	Пресс для кювет зуботехнический гидравлический					+
92.	Пресс для формовки пластмассы					+
93.	Прибор для измерения выносливости пародонта (гнатодинамометр)			+	+	
94.	Прибор для обрезки гипсовых моделей				+	+
95.	Прибор для определения мышечного тонуса			+	+	
96.	Прибор для определения степени подвижности зубов			+	+	
97.	Прибор для очистки и смазки наконечников			+	+	
98.	Радиовизиограф			+	+	+
99.	Ретракторы				+	
100.	Светильник			+	+	+

	стоматологический					
101.	Скальпели				+	+
102.	Скальпель моделировочный				+	+
103.	Стерилизатор гласперленовый			+	+	
104.	Стол гипсовальный (гипсовочный)			+	+	+
105.	Стол для работы с изолирующими материалами, пластмассами					+
106.	Тигель керамический				+	+
107.	Тиски слесарные					+
108.	Трегеры					+
109.	Установка для СВЧ-полимеризации					+
110.	Установка стоматологическая			+	+	
111.	Фотоаппарат				+	
112.	Фотополимеризатор					+
113.	Фотостат				+	
114.	Фрезерный параллеломер					+
115.	Шкаф для хранения кювет, бюгельных рамок					+
116.	Шкаф для хранения расходных материалов			+	+	+
117.	Шпатели для замешивания оттискных масс			+	+	
118.	Шпатели для замешивания пломбирочного материала			+	+	
119.	Шпатель для замешивания гипса			+	+	+
120.	Шпатель электрический			+		+
121.	Щипцы держатель для литьевых штампов					+
122.	Щипцы клямповые			+	+	+
123.	Щипцы круглые				+	+
124.	Щипцы кусачки				+	+
125.	Щипцы плоскогубцы				+	+
126.	Щитки защитные для врача и ассистента			+	+	
127.	Аптечка для оказания экстренной медицинской помощи			+	+	+
128.	Аптечка на случай возникновения биоаварий			+	+	+
129.	Противошоковая аптечка			+	+	+
	ИТОГО (общая оценка):					

**ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОГО ОСНАЩЕНИЯ
РЕНГЕНОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА**

№ п/п	Изделия медицинского назначения	Самооценка стандарта ОЗ в баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»	Оценка стандарта экспертом в баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»
1.	Аппарат рентгеновский переносной		
2.	Аппарат рентгенодиагностический дентальный		
3.	Машины проявочные для стоматологических пленок		
4.	Негатоскоп		
5.	Ортопантомограф		
6.	Средства защиты от ионизирующего излучения		
	ИТОГО (общая оценка):		

**ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОГО ОСНАЩЕНИЯ
КАБИНЕТА ФИЗИОТЕРАПИИ**

№ п/п	Изделия медицинского назначения	Самооценка стандарта ОЗ в баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»	Оценка стандарта экспертом в баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»
1.	Кушетка процедурная		
2.	Аппараты для проведения электролечения (электрофорез, УВЧ, дарсонвализация и др.)		
3.	Аппараты для проведения светолечения (КУФ, УФО и др.)		
4.	Столы для физиотерапевтических аппаратов		
5.	Часы специальные		
6.	Аптечка противошоковая		
	ИТОГО (общая оценка):		

**ОСНАЩЕНИЕ ПОМЕЩЕНИЯ ДЛЯ СТИРКИ БЕЛЬЯ И ЗАЩИТНОЙ ОДЕЖДЫ
СОТРУДНИКОВ**

№ п/п	Оборудование	Самооценка стандарта ОЗ в баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»	Оценка стандарта экспертом в баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»
1.	Центрифуга		
2.	Стиральные машины		
3.	Сушильная камера или шкаф		
4.	Стол для сортировки белья, стеллажи для хранения чистого белья, стеллажи для хранения грязного белья		
5.	Ванная и тазы		
6.	Каталки для чистого и грязного белья		
7.	Гладильный аппарат		

8.	Аптечка на случай возникновения биоаварий		
	ИТОГО (общая оценка):		

**ОСНАЩЕНИЕ
ЦЕНТРАЛЬНОГО СТЕРИЛИЗАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ (КАБИНЕТА)**

№ п/п	Изделия медицинского назначения	Самооценка стандарта ОЗ в баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»	Оценка стандарта экспертом в баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»
1.	Мебель для медицинского персонала		
2.	Стол� упаковки и для обработки		
3.	Автоклавы		
4.	Сухожаровые шкафы		
5.	Биксы		
6.	Моечная машина		
7.	Стеллажи для хранения материалов		
8.	Емкости для дезинфекционной обработки инструментов и шприцев, мыло-моющих и дезсредств		
9.	Индикаторы для проведения контроля качества предстерилизационной очистки и стерилизации		
10.	Аптечка на случай возникновения биоаварий		
	ИТОГО (общая оценка):		

**ОСНАЩЕНИЕ
ПУНКТА АВТОКЛАВИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОТХОДОВ**

№ п/п	Оборудование и инвентарь	Самооценка стандарта ОЗ в баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»	Оценка стандарта экспертом в баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»
1.	Стол� упаковки и для обработки		
2.	Автоклав		
3.	Разбрызгиватель воды под давлением		
4.	Стеллажи для временного хранения емкостей с опасными отходами		
5.	Стеллажи для хранения чистых емкостей		
6.	Емкости для сбора и транспортировки опасных медицинских отходов, иглоотсекатель и специальные контейнеры для сбора остроконечных инструментов (эмалированные ведра или пропиленовые мешки)		
7.	Весы медицинские электронные		
8.	Ванная и тазы		
9.	Индикаторы для проведения контроля качества автоклавирования		
10.	Аптечка на случай возникновения биоаварий		
11.	Средства индивидуальной защиты		
12.	Шкаф для хранения спецодежды		
	ИТОГО (общая оценка):		

ОСНАЩЕНИЕ ДЛЯ СИСТЕМЫ ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ

№ п/п	ИМН (аппараты, приборы, инструменты, оборудование, наборы, материалы)	Самооценка стандарта ОЗ в баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»	Оценка стандарта экспертом в баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»
1.	Лампа бактерицидная стационарная (настенная)		
2.	Лампа бактерицидная передвижная		
3.	Емкости для дезинфицирующих растворов		
4.	Емкости для дезинфекции расходных материалов		
5.	Емкости для утилизации медицинских отходов		
6.	Дозаторы для жидкого мыла, антисептика		
7.	Защитные очки / лицевые щитки		
8.	Деструктор / иглоотсекатель		
9.	Диспенсеры держатели для полотенец / салфеток		
	ИТОГО (общая оценка):		

ОСНАЩЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ И БЫТОВОЙ МЕБЕЛЬЮ

№ п/п	Наименование набора/комплектация	Самооценка стандарта ОЗ в баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»	Оценка стандарта экспертом в баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»
Кабинеты медицинского назначения			
1.	Столы и стулья медицинские для персонала		
2.	Ширмы медицинские		
3.	Шкафы медицинские для документации		
4.	Шкафы для одежды медицинского персонала		
Административные и хозяйственные помещения			
1.	Столы офисные		
2.	Стулья офисные		
3.	Шкафы офисные для документации		
4.	Шкафы офисные для одежды		
5.	Стеллажи/шкафы для хранения медицинских карт (регистратура)		
Кабинет сестры-хозяйки			
1.	Стеллажи/шкафы для хранения белья		
2.	Тележка медицинская многофункциональная		
3.	Стол и стул		
4.	Шкаф для одежды		
	ИТОГО (общая оценка):		