

Приложение 6
к приказу Министерства
здравоохранения
Кыргызской Республики
№ ____ от ____ “ _____ ” 2023 г.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ**
МЕДИЦИНСКАЯ АККРЕДИТАЦИОННАЯ КОМИССИЯ

**СТАНДАРТЫ
АККРЕДИТАЦИИ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИЙ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ОКАЗЫВАЮЩИХ
СТАЦИОНАРНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ
ЖЕНЩИНАМ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ,
РОДОВ, В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ, ПРИ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ
РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ И
НОВОРОЖДЕННЫМ**

Бишкек 2023

«Стандарты аккредитации для организаций здравоохранения, оказывающих стационарные медицинские услуги женщинам в период беременности, родов, послеродовом периоде, с заболеваниями органов репродуктивной системы и новорожденным 2-я версия».

Стандарты предназначены для экспертов Медицинской аккредитационной комиссии в качестве инструмента аккредитации (оценки соответствия) организаций здравоохранения, оказывающих стационарные медицинские услуги женщинам в период беременности, родов, послеродовом периоде, с заболеваниями органов репродуктивной системы и новорожденным, 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 первичной медико-санитарной 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 организаций здравоохранения, оказывающих стационарные медицинские услуги женщинам в период беременности, родов, послеродовом периоде, с заболеваниями органов репродуктивной системы и новорожденным, 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 женщин и детей, 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 организаций здравоохранения Кыргызской Республики, оказывающих стационарные медицинские услуги женщинам в период беременности, родов, послеродовом периоде, с заболеваниями органов репродуктивной системы и новорожденным, осуществляющих медицинскую деятельность в стационарных 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, подотчетность, 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.

ВЛКК - Внутрिलाбораторный контроль качества;

ВОК - Внешняя оценка качества (в лабораториях);

ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения;

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

ГСЭН - Государственный санитарно-эпидемиологический надзор;

ИБДОР - «Инициатива Больниц/Организаций здравоохранения доброжелательного отношения к ребенку»;

ИВБДВ - Интегрированное ведение болезней детского возраста;

ИК - Инфекционный контроль;

ИМН - Изделия медицинского назначения;

ИСМП - Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи;

КР - Кыргызская Республика;

ЛИС - Лабораторная информационная система;

МАК - Медицинская аккредитационная комиссия;

МЗКР - Министерство здравоохранения Кыргызской Республики;

МЛСИ - Межлабораторные сличительные испытания;

МКБ - Международная классификация болезней;

МСГЗ - Медицинская служба гражданской защиты;

МЧС - Министерство чрезвычайных ситуаций;

Орган УК - Орган управления качеством (Комитет качества медицинских услуг);

ПАМО – Пункт автоклавирования медицинских отходов;

ПИТ – Палата интенсивной терапии;

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;
DOT - Direct Observed Therapy (лечение под непосредственным наблюдением);
ISQua - The International Society for Quality in Health Care (Международное общество по качеству в здравоохранении).

Цель, задачи и принципы аккредитации.

Целью аккредитации организаций здравоохранения Кыргызской Республики, осуществляющих медицинскую деятельность в амбулаторных условиях, является обеспечение и защита прав потребителей на получение медико-санитарной помощи в объеме и качестве, определенными нормативными правовыми актами КР.

Задачи аккредитации:

- улучшить качество оказания медико-санитарной помощи пациентам;
- минимизировать риски при оказании первичной медико-санитарной помощи пациентам;
- улучшить систему менеджмента качества и безопасности в ОЗ, содействовать ОЗ им в оптимизации внутренней системы управления качеством на основе нормативных/ аккредитационных требований;
- повышение роста доверия граждан к профессиональной деятельности ОЗ.

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 (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. | Сотрудники ОЗ, предоставляющие услуги по родовспоможению и/или новорожденным, обладают достаточной профессиональной компетентностью в области поддержки грудного вскармливания. | Б |
| 1.16. | Трудовой и коллективный договор между работодателем и работниками соответствуют нормативным правовым актам о труде. | В |
| 1.17. | Личные дела персонала ОЗ ведутся и хранятся согласно установленному порядку. | В |
| <u>Управление информацией</u> | | |
| 1.18. | Персонал ОЗ имеет доступ к необходимой информации. | В |
| 1.19. | Организация здравоохранения использует автоматизированную информационную систему для повышения эффективности деятельности и рационального расходования ресурсов. | Б |
| 1.20. | ОЗ обеспечивает защиту конфиденциальности, целостности и доступности информации в компьютерной автоматизированной информационной системе. | В |
| 1.21. | Организация здравоохранения использует стандартный процесс управления документацией. | В |
| 1.22. | Локальные нормативные акты, регулирующие повседневную деятельность организации здравоохранения, оформлены в соответствии с установленными требованиями. | В |
| 1.23. | Имеется система регистрации входящей и исходящей корреспонденции и присвоения входящим и исходящим документам условного обозначения. | В |
| 1.24. | Медицинская и другая документация ОЗ, законченная делопроизводством архивируется в соответствии с установленными требованиями. | В |
| 1.25. | Обеспечивается ведение утвержденной статистической отчетности | В |
| <u>Управление рисками и качеством медицинских услуг</u> | | |
| 1.26. | В ОЗ имеется структура, ответственная за управление рисками и качеством и медицинских услуг. | В |
| 1.27. | Организована и эффективно работает система эпидемиологического надзора за инфекциями, связанными с медицинской помощью. | Б |
| 1.28. | Все инциденты и неблагоприятные события, зарегистрированы, расследованы, проанализированы и используются для улучшения работы. | А |
| 1.29. | Разработан план мероприятий по управлению рисками медицинских услуг и окружающей среды. | В |
| 1.30. | Разработан и утвержден план мероприятий по улучшению качества медицинских услуг. | В |
| 1.31. | Обеспечивается реализация планов по управлению рисками и качеством. Проводится анализ/оценка эффективности выполнения запланированных мероприятий. | А |
| 1.32. | Проводится анализ и разбор смертности (летальности). | Б |
| 1.33. | Обеспечивается внедрение новых научно-обоснованных вмешательств и медицинских технологий, основанных на принципах доказательной медицины. | Б |
| 1.34. | Имеется годовой отчет о деятельности Органа УКМУ. | А |
| 1.35. | В структурных подразделениях ОЗ проводится контроль качества и безопасности медицинских услуг. | А |
| 1.36. | ОЗ, предоставляющая услуги по родовспоможению и уходу/наблюдению за новорожденными, в полном объеме соблюдают международные и национальные требования в области регулирования маркетинга продуктов и средств для искусственного питания детей. | А |
| 1.37. | ОЗ, предоставляющая услуги по родовспоможению и уходу/наблюдению за новорожденными имеет ясно изложенную письменную политику в отношении грудного вскармливания. | А |

| | | |
|-------|---|---|
| 1.38. | В Организации здравоохранения, предоставляющей услуги по родовспоможению и уходу/наблюдению за новорожденными, создана система мониторинга и управления данными связанная с грудным вскармливанием. | А |
|-------|---|---|

Блок «Управление» 38 стандартов:

- стандартов 1-го ранга - стандартов «А»- 12 (31,6%);
- стандартов 2-го ранга - стандартов «Б»- 11 (28,9%);
- стандартов 3-го ранга - стандартов «В»- 15 (39,5%).

Блок 2. «Клиническая безопасность»

| | | |
|-------|--|---|
| 2.1. | Риски заражения персонала социально значимыми инфекционными заболеваниями при осуществлении профессиональной деятельности оценены 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 и соблюдается поточность системы работы. | А |
| 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 манипуляциями проводится хирургическая обработка рук медицинского персонала. | А |
| 2.11. | Во время проведения работ, процедур и манипуляций, связанных с рисками, 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. | Обеспечивается безопасность инъекционной практики. | Б |
| 2.17. | Проведение лабораторных исследований осуществляется в условиях соответствующего микроклимата | В |
| 2.18. | Соблюдаются правила транспортировки, хранения лабораторных реактивов, диагностических препаратов и реагентов в лаборатории. | Б |
| 2.19. | Соблюдаются правила хранения лекарственных препаратов. | А |
| 2.20. | Соблюдаются правила хранения вакцин. | А |
| 2.21. | Соблюдаются правила хранения крови и ее компонентов. | А |
| 2.22. | Перед проведением процедуры гемотрансфузии проводятся необходимые иммуногематологические исследования/пробы. | А |
| 2.23. | Осуществляется безопасная практика иммунизации. | А |
| 2.24. | Имеется система приточно-вытяжной вентиляции с механическим побуждением, где это необходимо. | Б |
| 2.25. | Имеются устройства для обеззараживания воздуха, где это необходимо. | А |
| 2.26. | Имеется система кондиционирования, где это необходимо. | В |
| 2.27. | Имеется противошоковая аптечка. | А |
| 2.28. | Имеется аптечка для проведения постконтактной профилактики на случай возникновения биоаварий. | А |
| 2.29. | Имеется аптечка для оказания неотложной (экстренной) медицинской помощи | А |
| 2.30. | Имеются наборы для оказания неотложной акушерской помощи. | А |
| 2.31. | Обеспечивается безопасность персонала и пациентов при проведении рентгенологических исследований. | Б |

| | | |
|-------|--|---|
| 2.32. | Соблюдаются правила безопасности при сборе отходов внутри структурных подразделений. | А |
| 2.33. | Соблюдаются правила безопасности при транспортировке медицинских отходов. | Б |
| 2.34. | Соблюдаются правила обработки и уничтожения медицинских отходов. | Б |
| 2.35. | При использовании санитарных ям соблюдаются правила безопасности. | Б |
| 2.36. | Имеются условия для соблюдения гигиены пациентов и персонала. | Б |
| 2.37. | Соблюдаются правила сбора и транспортировки белья. | В |
| 2.38. | Соблюдаются правила стирки, сушки, упаковки и хранения белья. | В |
| 2.39. | Хранение продуктов соответствует санитарно-гигиеническим требованиям. | В |
| 2.40. | В пищеблоке имеются холодильники и морозильники для хранения скоропортящихся продуктов питания. | В |
| 2.41. | Сотрудники службы питания выполняют правила ношения санитарной одежды. | В |
| 2.42. | Риск падения пациентов, включая риск падения, связанный с медикаментозным лечением, оценен и управляется. | Б |
| 2.43. | При возникновении случаев инфекционных заболеваний пациентов, ОЗ использует стандартные меры предосторожности. | В |

Блок «Клиническая безопасность» 43 стандарта:

- стандартов 1-го ранга - стандартов «А»- 19 (44,2%);
- стандартов 2-го ранга - стандартов «Б»- 13 (30,2%);
- стандартов 3-го ранга - стандартов «В»- 11 (25,6%).

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 госпитализации соответствует тяжести состояния пациентов | В |
| 3.5. | Медицинское обслуживание учитывает языковые барьеры, культурные традиции и религиозные убеждения пациентов. | В |
| 3.6. | Персонал ОЗ четко идентифицирован. | В |
| 3.7. | Организация здравоохранения обеспечивает круглосуточную доступность медицинской помощи по требованию пациентов. | В |
| <u>Медицинское обслуживание непрерывно</u> | | |
| 3.8. | Обеспечивается преемственность с организацией здравоохранения первичного уровня (ЦСМ/ЦОВП). | В |
| 3.9. | Соблюдаются правила госпитализации пациентов. | В |
| 3.10. | Медицинское обслуживание пациентов скоординировано с различными службами ОЗ. | В |
| 3.11. | Обеспечена непрерывность медицинского обслуживания пациентов. | Б |
| 3.12. | Обслуживание пациентов скоординировано между ОЗ и органом социальной защиты. | В |
| <u>Регистрация пациентов и медицинские записи</u> | | |
| 3.13. | Первичная медицинская документация по ведению пациентов стандартная, содержит необходимую информацию и обеспечивает полную идентификацию пациентов. | В |
| 3.14. | Медицинские записи о динамическом наблюдении за пациентами соответствуют установленным требованиям. | В |
| 3.15. | План ведения/медицинского обслуживания соответствует состоянию пациента и его потребностям. | В |
| 3.16. | Для женщин из группы высокого риска на перинатальную патологию составляется план ведения родов. | В |
| 3.17. | Клинический диагноз вставлен своевременно и правильно обоснован. | В |
| 3.18. | Заполнение партограммы при родах соответствует установленным | В |

| | | |
|--|--|---|
| | требованиям. | |
| 3.19. | Медицинские записи, в случаях проведения оперативных вмешательств у пациентов, соответствуют установленным требованиям. | В |
| 3.20. | Записи анестезиолога соответствуют установленным требованиям. | В |
| 3.21. | Выписные эпикризы и выписки из медицинских карт соответствуют установленным требованиям. | В |
| <u>Обеспечение прав пациента</u> | | |
| 3.22. | Пациенты информированы о своих правах и свободах, а также системе разбора претензий. | В |
| 3.23. | Информация о пациенте приватна и конфиденциальна, защищена от потери или неправильного использования. | В |
| 3.24. | Пациенту гарантируется неприкосновенность частной жизни, уважение его чести и достоинства. | В |
| 3.25. | ОЗ обеспечивает права пациента, связанные с процессом медицинского обслуживания | В |
| 3.26. | При проведении манипуляций, связанных с риском, берется письменное согласие пациента. | В |
| 3.27. | Оценивается удовлетворенность пациентов, их претензии принимаются во внимание. Существует система для рассмотрения жалоб пациентов. | В |
| 3.28. | Пациенту гарантируется возможность его посещения. | В |
| 3.29. | ОЗ обеспечивает для пациентов необходимые условия для пребывания и встреч с посетителями. | В |
| <u>Адекватность медицинских услуг</u> <i>(ключевые аспекты и критические процедуры)</i> | | |
| 3.30. | Болевой синдром у пациентов своевременно идентифицируется, оценивается и управляется. | Б |
| 3.31. | ОЗ разработала и выполняет правила идентификации личности пациентов при раздаче лекарственных препаратов и проведении медицинских вмешательств/процедур. | А |
| 3.32. | Осуществляется процедура четкой идентификации новорожденного. | А |
| 3.33. | Организация здравоохранения предоставляет матерям/родильницам необходимую информацию, поддержку/помощь и обучение в области грудного вскармливания новорожденных детей. | |
| 3.34. | Организация здравоохранения обеспечивает немедленный кожный контакт матери и новорожденного ребенка и раннее начало грудного вскармливания после родов. | Б |
| 3.35. | Новорожденные на грудном вскармливании не получают другого питания и питья, если нет медицинских показаний. | Б |
| 3.36. | Организация здравоохранения обеспечивает совместное пребывание матери и ребенка сразу после родов и до выписки. | Б |
| 3.37. | Организация здравоохранения прививает матерям культуру практики адаптивного/отзывчивого кормления. | Б |
| 3.38. | Риски, связанные с использованием бутылочек для кормления, сосок, а также пустышек для новорожденных детей приняты во внимание и управляются. | Б |
| 3.39. | Проводится вакцинация новорожденных в соответствии с утвержденным Национальным календарем (планом) профилактических прививок. | А |
| 3.40. | Риск возникновения критических/неотложных состояний у пациентов идентифицирован и управляется. | А |
| 3.41. | Осуществляется четкая верификация участков тел пациентов при проведении медицинских вмешательств/процедур. | Б |
| 3.42. | Внедрены и соблюдаются правила и процедуры/процессы в области безопасности использования лекарственных препаратов, которые способствуют снижению осложнений медикаментозной терапии. | Б |
| 3.43. | Осуществляются мероприятия направленные на минимизацию рисков оперативных вмешательств | А |
| 3.44. | Лечение и уход за пациентами соответствует клиническим руководствам/протоколам. | А |
| <u>Диагностические исследования</u> | | |
| 3.45. | Выполняется минимально необходимый объем диагностических исследований. | Б |
| 3.46. | Диагностические исследования и консультации проводятся квалифицированными лицами. | Б |

| | | |
|--|---|---|
| 3.47. | Диагностические исследования и консультации проводятся по показаниям. | Б |
| <i>Лаборатория преаналитические процедуры</i> | | |
| 3.48. | Лаборатория предоставляет пользователям услуг необходимую информацию. | Б |
| 3.49. | Форма запроса (направление) на исследование содержит необходимую информацию. | Б |
| 3.50. | Лаборатория имеет утверждённую документированную процедуру по взятию первичной пробы/обращению с ней и обеспечивает её выполнение. | А |
| 3.51 | Лаборатория имеет утверждённую документированную процедуру по транспортировке проб в лабораторию и обеспечивает её выполнение. | Б |
| 3.52. | Лаборатория имеет утверждённую документированную процедуру по работе с поступившими в лабораторию пробами для проведения исследований и обеспечивает её выполнение. | А |
| <i>аналитические процедуры</i> | | |
| 3.53. | Лаборатория использует только унифицированные методики исследования. | А |
| 3.54. | Лаборатория имеет утверждённые стандартные операционные документированные процедуры для аналитических процессов. | А |
| 3.55. | Проводится контроль качества лабораторных исследований. | А |
| 3.56. | Лаборатория участвует в программах внешней оценки качества или межлабораторных сличительных испытаниях. | А |
| <i>постаналитические процедуры</i> | | |
| 3.57 | Лаборатория обеспечивает рассмотрение результатов лабораторных исследований перед их выдачей. | Б |
| 3.58. | Отчеты о результатах лабораторных исследований соответствуют установленным требованиям. | А |
| 3.59. | Выдача результатов лабораторных исследований соответствует установленным требованиям. | Б |
| <i>Медицинские услуги эффективны</i> | | |
| 3.60. | В Организации здравоохранения, предоставляющей услуги по родовспоможению и услуги по уходу/наблюдению за новорожденными, отслеживается контрольный индикатор системы мониторинга связанного с грудным вскармливанием. | Б |
| 3.61. | Показатель перинатальной смертности среди новорожденных с весом 2500 грамм и выше имеет достоверную тенденцию к снижению | Б |
| 3.62. | Уровень послеродовых массивных кровопотерь (более 1 литра) имеет тенденцию к снижению. | Б |
| 3.63. | Нет послеоперационных осложнений и послеоперационной летальности. | Б |
| 3.64. | Проводится профилактика гнойно-септических осложнений после медицинского аборта. | Б |
| 3.65. | Проводится профилактика возникновения гнойно-септических осложнений после оперативных вмешательств. | Б |
| 3.66. | Нет осложнений от медикаментозной анестезии (анестезиологических пособий) у пациентов. | Б |
| 3.67. | Нет осложнений от медикаментозной терапии у пациентов. | Б |
| <i>Качество питания</i> | | |
| 3.68. | Осуществляется проверка и оценка рационального использования и качества продуктов питания, поступающих на пищеблок. | В |
| 3.69. | Осуществляется контроль качества приготовленных блюд. | В |

Блок «Качество медицинских услуг» 69 стандартов:

- стандартов 1-го ранга - стандартов «А»- 13 (18,8%);
- стандартов 2-го ранга - стандартов «Б»- 26 (37,7%);
- стандартов 3-го ранга - стандартов «В»- 30 (43,5%).

**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 ОЗ соответствует гигиеническим требованиям. | В |
| 4.3. | Администрация осуществляет регулярный контроль и оценку окружающей | В |

| | | |
|-------|---|---|
| | среды. | |
| 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 и калибровки 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 соответствуют гигиеническим требованиям. | Б |
| 4.11. | Внешняя отделка зданий и внутренняя отделка помещений соответствует гигиеническим требованиям. | Б |
| 4.12. | Инженерно-техническая инфраструктура здания/помещений ОЗ соответствует установленным требованиям нормативных правовых документов. | А |
| 4.13. | Риск возникновения пожара оценен и управляется. | А |
| 4.14. | В ОЗ имеется система управления запасами медицинской техники, диагностическими и расходными материалами. | Б |
| 4.15. | Обеспечивается наличие необходимого запаса лекарственных препаратов и вакцин. | А |
| 4.16. | ОЗ обеспечивает наличие необходимого запаса компонентов крови на случаи возникновения критических ситуаций у пациентов | А |
| 4.17. | Обеспечивается наличие необходимого запаса изделий медицинского однократного применения и других медицинских расходных материалов. | Б |
| 4.18. | Имеется система круглосуточной бесперебойной подачи кислорода и сжатого воздуха. | А |
| 4.19. | Имеется необходимый набор твердого инвентаря бытового и медицинского назначения. | В |
| 4.20. | Имеется достаточное количество мыло - моющих и дезинфицирующих средств. | А |
| 4.21. | Обеспечивается наличие необходимого запаса продуктов питания. | В |
| 4.22. | Хранение легковоспламеняющихся веществ и газовых емкостей безопасно. | А |
| 4.23. | Для хранения дезинфицирующих и моющих средств и проведения работ по дезинфекции имеется помещение и техническое оснащение. | Б |
| 4.24. | Для проведения работ по предстерилизационной очистке и стерилизации имеется типовое помещение и техническое оснащение. | Б |
| 4.25. | В пищеблоке имеется необходимые помещения и техническое оснащение. | В |
| 4.26. | В стационарных подразделениях имеются буфетные-раздаточные. | В |
| 4.27. | Имеются необходимые помещения и оснащение в прачечной. | Б |
| 4.28. | Имеются необходимые помещения и оснащение в пункте автоклавирования медицинских отходов | Б |
| 4.29. | Имеются необходимые помещения и оснащение в аптечном складе. | Б |
| 4.30. | В лаборатории организации здравоохранения имеются необходимые помещения и оснащение. | Б |
| 4.31. | Имеются необходимые помещения и оснащение в диагностическом отделении/диагностических кабинетов (кабинеты УЗИ, эндоскопических и рентгеновских исследований). | Б |
| 4.32. | Имеются необходимые помещения и оснащение в приемно-смотровых отделениях. | Б |
| 4.33. | Имеются необходимые помещения и оснащение в операционном блоке. | Б |
| 4.34. | Имеются необходимые помещения и оснащение в отделении реанимации и интенсивной терапии (ПИТ). | Б |
| 4.35. | Имеются необходимые помещения и оснащение в родильном (акушерском) отделении, отделение совместного пребывания матери и ребенка и отделении новорожденных. | Б |
| 4.36. | Имеются необходимые помещения и оснащение в отделении патологии беременных | Б |
| 4.37. | Имеются необходимые помещения и оснащение в отделении оперативной гинекологии | Б |
| 4.38. | Имеются необходимые помещения и оснащение в отделении патологии новорожденных и выхаживания недоношенных | Б |
| 4.39. | Имеются туалеты для пациентов и персонала. | Б |
| 4.40. | Имеются договора с подрядчиками на предоставление необходимых технических и других услуг. | В |

| | | |
|-------|---|---|
| 4.41. | Проводятся дератизационные и дезинсекционные мероприятия. | В |
|-------|---|---|

Блок «Материально-техническая база, безопасность окружающей среды и управление запасами» 41 стандарт:

- стандартов 1-го ранга - стандартов «А»- 7 (17,1%);
- стандартов 2-го ранга - стандартов «Б»- 20 (48,8%);
- стандартов 3-го ранга - стандартов «В»- 14 (34,1%).

Всего стандартов 191:

- стандартов 1-го ранга - стандартов «А»- 51 (26,7%);
- стандартов 2-го ранга - стандартов «Б»- 70 (36,6%);
- стандартов 3-го ранга - стандартов «В»- 70 (36,6%).

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 деятельности 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 и муниципальных Больниц, осуществляющих медицинскую деятельность в стационарных 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 нормативно правовыми и нормативными 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.

Анализу 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 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. Заместители 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 курируемой областью в ОЗ;
 - 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 О;
 - 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 (последиplomного) 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. (Б) Сотрудники ОЗ, предоставляющие услуги по родовспоможению и/или новорожденным, обладают достаточной профессиональной компетентностью в области поддержки грудного вскармливания.

Требования стандарта.

1. Имеется/назначено компетентное лицо для обучению специалистов ОЗ по ГВ, которое прошло соответствующую подготовку (обучение на курсах повышения квалификации по ГВ или на семинарах по ГВ, организованных ЮНИСЕФ/ВОЗ, Министерством здравоохранения), имеющее навыки преподавания.

2. Медицинский персонал организации, представляющий услуги по родовспоможению и/или новорожденным (не менее 80%), прошел обучение по 20-часовой программе ГВ (имеются подтверждающие документы).
3. Медицинский персонал организации, представляющий услуги по родовспоможению и/или новорожденным (не менее 80%), прошел оценку компетентности по ГВ (проведена аттестация сотрудников, имеются протоколы аттестации).
4. Для проведения обучения персонала ОЗ по ГВ имеются необходимые учебно-методические материалы (руководство, пособие, настенные постеры, видеотехника с фильмами, презентации и др.).

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие компетентного лица для обучения специалистов ОЗ по ГВ в соответствии с требованием стандарта.
2. Проверяется факт прохождения медицинским персоналом, представляющего услуги по родовспоможению и/или новорожденным, обучения по 20-часовой программе ГВ в соответствии с требованием стандарта.
3. Проверяется факт прохождения медицинским персоналом, представляющего услуги по родовспоможению и/или новорожденным, оценки компетентности по ГВ в соответствии с требованием стандарта.
4. Проверяется наличие необходимых учебно-методических материалов (руководство, пособие настенные постеры, видеотехника с фильмами, презентации и др.) для проведения обучения персонала ОЗ по ГВ.

Стандарт 1.16.(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 ст. 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 1.17.(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 1.18.(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 1.19.(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 1.20.(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 1.21.(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 1.22.(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 1.23.(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.
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 1.24.(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 1.25.(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 1.26.(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 (врач-эксперт, заведующие структурными подразделениями, опытные врачи, главный специалист сестринского дела, специалист(ы) инфекционного контроля, инженерно-технические специалисты и клинический фармаколог, если таковые имеются 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 1.27.(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 1.28.(А) Все инциденты и неблагоприятные события, 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 (критические случаи в медицинской практике, связанные с неблагоприятным течением заболевания/родов, медикаментозные реакции, осложнения лечебных и диагностических вмешательств, ошибки медицинского персонала, биоаварии, 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 1.29.(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, неблагоприятных событий и несчастных случаев.
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 1.30.(В) Разработан и утвержден план мероприятий по улучшению качества медицинских услуг.

Требования стандарта.

1. Члены Органа УКМУ разработали годовой план мероприятий по улучшению качества медицинских услуг, 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 медицинских услуг, проводится его оценка соответствия требованиям стандарта по структуре и содержанию, наличия атрибутов формализации.

Стандарт 1.31.(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 для 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 1.32.(Б) Проводится анализ и разбор летальности.

Требования стандарта.

1. В годовом отчете Органа УКМУ проведен анализ всех случаев летальности.
2. Организован разбор на конференциях всех случаев детской и материнской летальности, а также летальности связанной с дефектами профессиональной деятельности медицинских работников, имеются рецензии на медицинские карты умерших больных, протоколы разборов с конкретными выводами:
 - об адекватности (не адекватности) проведенных лечебно-диагностических мероприятий;
 - о влиянии неадекватных лечебно-диагностических мероприятий на исход (смерть) заболевания;
 - о причинах неадекватности лечебно-диагностических мероприятий и решениями, для улучшения качества.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие (в отчете Органа УКМУ) анализа летальности и протоколов разбора на конференциях всех вышеуказанных случаев летальности. Оценивается

качество анализа летальности в отчетах, регулярность проведения конференций, активность обсуждения и адекватность выводов и принятых конференцией решений (способность принимаемых решений оптимизировать работу по качеству).

2. Кроме того, проводится опрос/анкетирование персонала на предмет проведения конференций, посвященных обсуждению случаев летальности.

Стандарт 1.33.(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 1.34.(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 учреждения 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 1.35.(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 медицинской помощи, оценивается:

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

Стандарт 1.36.(А) ОЗ, предоставляющая услуги по родовспоможению и уходу/наблюдению за новорожденными, в полном объеме соблюдают международные и национальные требования в области регулирования маркетинга продуктов и средств для искусственного питания детей.

Требования стандарта.

1. Орган УКМУ ОЗ разработал политику (документированную процедуру) включающую основные положения Международного кодекса по маркетингу заменителей грудного молока (далее Кодекс), соответствующие резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения (далее ВАЗ) и положения законодательства КР в области регулирования маркетинга продуктов и средств для искусственного питания детей (далее Законодательство КР).
2. ОЗ приобретает детское питание, бутылочки для кормления и соски через обычные каналы закупок, а не посредством бесплатных и/или субсидируемых поставок.
3. В ОЗ не демонстрируются/не рекламируются продукты (и/или названия продуктов), охваченные Кодексом и Законодательством КР, товары с логотипами компаний, которые производят заменители грудного молока, бутылки для кормления и соски.

Оценка выполнения стандарта.

1. В ОЗ проверяется:
 - наличие политики (документированной процедуры) включающей основные положения Кодекса, соответствующие резолюции ВАЗ и Законодательства КР в области регулирования маркетинга продуктов и средств для искусственного питания детей.

- источники закупок/поставок детского питания (заменителей грудного молока), бутылочек для кормления и сосок.
2. Проводится анкетирование (и/или собеседование) сотрудников ОЗ и пациентов на предмет демонстрации/рекламирования (или его отсутствия) продуктов (и/или названия продуктов), охваченных Кодексом и Законодательством КР, товаров с логотипами компаний, которые производят заменители грудного молока, бутылки для кормления и соски.

Стандарт 1.37.(А) ОЗ, предоставляющая услуги по родовспоможению и уходу/наблюдению за новорожденными имеет ясно изложенную письменную политику в отношении грудного вскармливания.

Требования стандарта.

1. В ОЗ в назначено компетентное лицо (член Органа УКМУ), прошедшее обучение на курсах повышения квалификации по ГВ или на семинарах по ГВ, организованных ЮНИСЕФ/ВОЗ, Министерством здравоохранения, ответственного за внедрение программы «Инициатива Больниц/ОЗ доброжелательного отношения к ребенку» (далее «ИБДОР»), имеется соответствующий приказ.
2. В соответствии с приказом МЗКР №1078 от 18.02.20, Законодательства КР, Орган УКМУ разработал письменную политику (документированную процедуру) ОЗ в отношении грудного вскармливания детей раннего возраста в рамках программы «ИБДОР».
3. Политика направлена на реализацию всех восьми основных клинических практик, предусмотренных «Десятью шагами успешного грудного вскармливания», Кодекса, а также механизмы регулярной оценки компетентности.
4. Политика доведена до сведения всего медицинского персонала (обсуждена в подразделениях ОЗ, имеются протоколы обсуждения) и принята на общем собрании коллектива ОЗ. Проведена аттестация сотрудников на знание содержания политики.
5. «Политика грудного вскармливания ОЗ» размещена на видных местах (стендах для пациентов) в каждом подразделении, доступных для пациентов и их семьям.

Оценка выполнения стандарта.

1. В ОЗ проверяется:
 - приказа о назначении компетентного лица/лиц ответственного за внедрение программы «ИБДОР»;
 - наличие политики/документированной процедуры грудного вскармливания детей раннего возраста в рамках программы «ИБДОР», соответствующей по содержанию требованиям стандарта.
2. Проверяется наличие факта обсуждения в подразделениях и на общем собрании ОЗ (наличие протоколов обсуждения и принятия) политики/документированной процедуры грудного вскармливания детей раннего возраста и проведения процедуры аттестация сотрудников на знание содержания вышеуказанной политики.
3. Проверяется наличие факта размещения на стендах для пациентов Документированной процедуры «Политика грудного вскармливания ОЗ».
4. Проводится анкетирование сотрудников ОЗ, предоставляющих дородовые услуги, услуги по родам и/или уходу за новорожденными, оценивается их знания/осведомленность в отношении принятой в ОЗ Документированной процедуры «Политика грудного вскармливания ОЗ».

Стандарт 1.38.(А) В ОЗ, предоставляющей услуги по родовспоможению и уходу/наблюдению за новорожденными, создана система мониторинга и управления данными связанная с грудным вскармливанием.

Требования стандарта.

1. В ОЗ имеется протокол для постоянного мониторинга и управления данными, которые отслеживают соответствие с восемью ключевыми клиническими практиками предусмотренных «Десятью шагами успешного грудного вскармливания».
2. Члены Органа УКМУ ОЗ регулярно (не реже чем один раз в 6 месяцев) проводят обзор/отслеживание результатов мониторинга основных показателей для клинических практик связанных с грудным вскармливанием, определяют прогресс в достижении установленных целей и при необходимости осуществляют корректирующие действия.

Оценка выполнения стандарта.

1. В ОЗ проверяется наличие протокола для постоянного мониторинга и управления данными, которые отслеживают соответствие с восемью ключевыми клиническими практиками предусмотренных «Десятью шагами успешного грудного вскармливания».
2. Проверяется наличие факта проведения членами Органа УКМУ обзора/отслеживания результатов мониторинга основных показателей для клинических практик связанных с грудным вскармливанием в соответствии с требованиями стандарта, имеется соответствующая документация (акты/протоколы заседаний).

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 актуализируются.

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 поточности работы.

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

1. Предстерилизационную очистку ИМН проводят в «грязной зоне» ЦСО ("мочной"), проводят подсушку и упаковку ИМН проводят в «чистой зоне» ЦСО.
2. Предстерилизационную очистку ИМН проводят ручным способом или в дезинфекционно-мочной 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 пероксидаз растительного происхождения. Контролю 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 манипуляциями проводится хирургическая обработка рук медицинского персонала.

Требование стандарта.

1. Перед любыми 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 операционном отделении (блоке) 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 проведения работ, процедур и манипуляций, связанных с рисками, медицинский персонал использует средства индивидуальной защиты.

Требования стандарта.

В соответствии с требованиями нормативных правовых документов системы здравоохранения КР:

1. При выполнении работ (процедуры и манипуляции), связанных с рисками, персонал ОЗ применяет СИЗ:

- медицинский халат/костюм;
- шапочку или колпак, закрывающие волосы;
- сменную закрытую обувь;
- резиновые перчатки, хирургические маски, защитные очки, резиновый или пластиковый фартук во всех случаях, когда возможен контакт с контаминированными (потенциально контаминированными) объектами, жидкостями, материалами/поверхностями;
- респираторы для защиты от инфицирования при инфекциях с воздушно-капельным путем передачи (ТБ, COVID-19 и др.).

2. Во время хирургических манипуляций (операционная, перевязочная/манипуляционная), медицинские работники используют СИЗ:
- стерильный хирургический костюм/халат и стерильную хирургическую шапочку или колпак, закрывающие волосы (операционная);
 - хирургический костюм/халат, фартук или разовый халат, хирургическую шапочку или колпак, закрывающие волосы (перевязочная/манипуляционная)
 - стерильные перчатки;
 - чистую закрытую обувь, которая может служить защитой от пролитой жидкости и упавших предметов, закрытую стерильными бахилами (операционная);
 - 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 требовании 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 процедурном кабинете 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 (стигание, 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 процедурном кабинете методом визуального наблюдения проверяется соблюдение мер по безопасному обращению с использованными шприцами в соответствии с требованием 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 помещений бактерицидными лампами, где это необходимо (процедурные, перевязочные, операционные, реанимационные палаты, ЦСО, лаборатория) в соответствии с установленными требованиями нормативных правовых документов системы здравоохранения КР:
 - время облучения помещений бактерицидными лампами 60 минут;
 - проветривание помещений после облучения не менее 15 минут;
 - имеются журналы регистрации процедуры облучения помещений 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 помещений проверяется регулярность, необходимая экспозиция облучения помещений, 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 помещений 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.(Б) Обеспечивается безопасность инъекционной практики.

Требование стандарта.

При внутривенном, подкожном, внутримышечном и внутримышечном введении лекарственных средств соблюдается алгоритм выполнения инъекции в соответствии требованиями нормативных правовых и нормативных документов системы здравоохранения КР.

Оценка выполнения стандарта.

Осуществляется опрос персонала, на знание алгоритма выполнения инъекций. Проводится визуальное наблюдение за правильностью выполнения инъекций.

Стандарт 2.17.(В) Проведение лабораторных исследований осуществляется в условиях соответствующего микроклимата.

Требования стандарта.

Во всех рабочих помещениях лаборатории независимо от времени года поддерживается необходимая температура и влажность воздуха. Температура воздуха составляет 18-24 градусов Цельсия, относительная влажность – 40-60%. Для контроля температуры и влажности установлены психрометры, комнатные термометры, кондиционеры. Имеются журналы регистрации температуры и влажности в помещении.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится осмотр помещений, оценивается соответствие микроклимата требованиям стандарта. Проверяется наличие психрометров и листов регистрации температуры и влажности в лабораторных кабинетах.

Стандарт 2.18.(Б) Соблюдаются правила транспортировки, хранения лабораторных реактивов, диагностических препаратов и реагентов в лаборатории.

Требования стандарта.

1. Транспортировка лабораторных реактивов, диагностических препаратов и реагентов в организации здравоохранения осуществляется на специальном транспортном средстве с закрытым верхом.
2. Лабораторные реактивы, диагностические препараты и реагенты хранятся в сухих помещениях в шкафах или стеллажах (при необходимости хранятся в темном месте, в холодильниках, в сейфах).
3. Соблюдается температурный и влажностный режим хранения лабораторных реактивов, диагностических препаратов и реагентов. Имеются холодильники и психрометры. В холодильниках имеется термометр для измерения температуры, которая регистрируется в журнале.
4. Отсутствуют лабораторные реактивы, диагностические препараты и реагенты с истекшим сроком годности.

Оценка выполнения стандарта.

1. Оцениваются условия транспортировки лабораторных реактивов, диагностических препаратов и реагентов в организацию здравоохранения в соответствии с требованием стандарта путем интервью с администрацией ОЗ и персоналом лаборатории.
2. Проводится осмотр лаборатории, проверяется:
 - условия хранения лабораторных реактивов, диагностических препаратов и реагентов;
 - наличие холодильников и поверенных термометров в холодильниках;
 - наличие поверенных психрометров;
 - наличие журнала регистрации температурного режима в холодильниках;
 - правильность соблюдения температурного режима при хранении лабораторных реактивов, диагностических препаратов и реагентов;
 - сроки годности имеющихся лабораторных реактивов, диагностических препаратов и реагентов, оценивается выполнение требований стандарта.

Стандарт 2.19.(А) Соблюдаются правила хранения лекарственных препаратов.

Требования стандарта.

1. В структурных подразделениях и аптечном складе регулярно проводится контроль правил хранения лекарственных препаратов (заведующими и старшими медсестрами подразделений, главной медсестрой).
2. 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 лекарственных препаратов. Соблюдается температурный режим в холодильниках (имеются термометры и журнал регистрации температурного режима).
4. Нет препаратов с истекшим сроком годности. Имеется механизм изъятия и уничтожения лекарственных препаратов с истекшим сроком годности. Имеются подтверждающие документы факта изъятия и уничтожения лекарственных препаратов с истекшим сроком годности
5. Места хранения лекарственных препаратов обеспечиваются мерами охраны (металлические решетки, охранная сигнализация).

Оценка выполнения стандарта.

Путем визуального осмотра аптечного склада ОЗ и мест хранения лекарственных препаратов в структурных подразделениях проверяется выполнение требований стандарта.

Стандарт 2.20.(А) Соблюдаются правила хранения вакцин.

Требования стандарта.

В прививочном кабинете регулярно проводится контроль выполнения правил хранения вакцин в соответствии с нормативными правовыми и нормативными документами системы здравоохранения КР. Вакцины хранятся в специальных холодильниках. Соблюдается температурный режим в холодильниках (имеются термометры и журнал регистрации температурного режима).

Оценка выполнения стандарта.

Путем визуального осмотра прививочного кабинета, проверяется выполнение требований стандарта в соответствии с требованиями стандарта.

Стандарт 2.21.(А) Соблюдаются правила хранения крови и ее компонентов.

Требования стандарта.

Кровь и ее компоненты хранятся в соответствующих условиях:

- кровь и эритроцитная масса хранятся в холодильнике при температуре +2 +8 °С в течение указанного на этикетке срока годности;
- свежезамороженная плазма и криопреципитат хранятся при температуре -18 -30 °С в течение указанного на этикетке срока годности.
- Имеется система непрерывного мониторинга температуры с регистрацией учетных записей не менее 2-х раз в сутки (журнал регистрации температурного режима, термометры).

Оценка выполнения стандарта.

Путем визуального осмотра проверяются условия хранения крови и ее компонентов в соответствии с требованием стандарта.

Стандарт 2.22.(А) Перед проведением процедуры гемотрансфузии проводятся иммуногематологические исследования/пробы.

Требования стандарта.

Перед проведением процедуры гемотрансфузии пациенту проводятся следующие иммуногематологические исследования:

- определение группы крови и резус - принадлежности реципиента;
- определение группы крови и резус - принадлежности донорского контейнера;
- проведение пробы на индивидуальную совместимость по системам АВ0 и резус эритроцитов донора и сыворотки реципиента проведение теста на совместимость с эритроцитами донорской крови;
- проведение биологической пробы.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится проверка документов, подтверждающих выполнение требований стандарта.

Стандарт 2.23.(А) Осуществляется безопасная практика иммунизации.

Требования стандарта.

1. Профилактические прививки осуществляют лица с медицинским образованием прошедшие специальную подготовку по вопросам иммунопрофилактики и аттестацию в установленном порядке (имеются удостоверения).
2. Для иммунизации детей используются вакцины, прошедшие государственную регистрацию в установленном порядке.
3. Соблюдаются меры по безопасному обращению с вакцинами, по безопасности инъекций и безопасному уничтожению использованного инъекционного материала и остатков вакцины в соответствии с требованиями нормативных правовых и нормативных документов системы здравоохранения КР.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проводится проверка удостоверений о прохождении специальной подготовки и аттестации по вопросам иммунопрофилактики.
2. Проводится осмотр вакцин, использующихся для иммунизации, на предмет прохождения государственной регистрации.
3. В прививочном кабинете методом визуального наблюдения проверяется соблюдение мер по безопасному обращению с вакцинами, по безопасности инъекций и безопасному уничтожению использованного инъекционного материала и остатков вакцины в соответствии с требованиями стандарта.

Стандарт 2.24.(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. Операционное отделение (оперблок), родильное отделение (родовой зал/палаты), палаты недоношенных, реанимация/ПИТ, лаборатория, кабинет лучевой диагностики (рентгеновский кабинет), пищеблок и прачечная, 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/отсосы, вентиляторы в форточных фрамугах) имеется в ЦСО, пункте автоклавирования и временного хранения медицинских отходов, душевых, санитарных узлах, помещениях для временного хранения грязного белья, кладовых для хранения дезинфекционных средств.
3. Регулярно проводится профилактический 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 2.25.(А) Имеются устройства для обеззараживания воздуха, где это необходимо.

Требования стандарта.

1. Имеются устройства обеззараживания воздуха (бактерицидные/антимикробные фильтры) в приточно-вентиляционных системах и кондиционерах и/или бактерицидные рециркуляторы воздуха «Тион» в операционном отделении (оперблоке), реанимационных палатах/ПИТ в соответствии с требованиями нормативных правовых и нормативных документов системы здравоохранения КР.
2. Проводится регулярное профилактическое обслуживание (очистка, замена фильтров/префильтров) приточно-вентиляционных систем, кондиционеров, бактерицидных рециркуляторов воздуха «Тион» в соответствии с инструкцией предприятия-изготовителя.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие устройств обеззараживания воздуха в операционных, реанимационных палатах, ПИТ. Проводится опрос персонала и проверяется соответствующая документация на предмет регулярного профилактического обслуживания устройств обеззараживания воздуха.

Стандарт 2.26. (В) Имеется система кондиционирования, где это необходимо.

Требования стандарта.

1. Система кондиционирования (охлаждения) воздуха имеется в операционной, родильном зале/палате, послеоперационных палатах, реанимационных палатах, ПИТ, в палатах отделения патологии новорожденных и выхаживания недоношенных.

2. Проводится регулярная очистка (по мере загрязнения, но не реже одного раза в две недели) воздушных фильтров кондиционеров.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проводится осмотр помещений, указанных в требовании стандарта, в которых проверяется наличие кондиционеров.
2. Проверяется состояние (чистота) воздушных фильтров кондиционеров, проводится опрос персонала на предмет регулярной очистки воздушных фильтров кондиционеров.

Стандарт 2.27.(А) Имеется противошоковая аптечка.

Требования стандарта.

1. В структурных подразделениях ОЗ (в приемно-смотровых, прививочных, процедурных, манипуляционных/перевязочных кабинетах, родильных залах/палатах, реанимации и операционных) имеется укомплектованная противошоковая аптечка в соответствии с установленными требованиями нормативных правовых и нормативных документов системы здравоохранения КР.
2. Медицинские работники, работающие в приемно-смотровых, прививочных, процедурных, манипуляционных/перевязочных кабинетах, родильных залах/палатах, реанимации и операционных, знают, что нужно делать при развитии анафилактического шока у пациентов на введение лекарственных препаратов.

Оценка выполнения стандарта.

1. В приемно-смотровых, прививочных, процедурных, манипуляционных/перевязочных кабинетах, родильных залах/палатах, реанимации и операционных 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 2.28.(А) Имеется аптечка для проведения постконтактной профилактики на случай возникновения биоаварий.

Требования стандарта.

1. В ОЗ (приемно-смотровых, процедурных, манипуляционных/перевязочных кабинетах, лаборатории, ЦСО, родильных залах/палатах и операционных) имеются укомплектованные аптечки в соответствии с установленными требованиями нормативных правовых и нормативных документов системы здравоохранения КР для проведения постконтактной профилактики на случай возникновения биоаварий (возникновение аварийных ситуаций при работе с кровью);
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. Медицинские работники знают алгоритм действий в случае возникновения биоаварий (аварийных ситуаций при работе с кровью).
4. Информация о произошедшей биоаварии предоставляется в соответствующей форме (служебная/докладная записка) и установленные сроки соответствующим должностным лицам.

Оценка выполнения стандарта.

1. В приемно-смотровых, процедурных, манипуляционных/перевязочных кабинетах, лаборатории, ЦСО, родильных залах/палатах и операционных проверяется наличие аптечек на случай возникновения биоаварий и их укомплектованность необходимыми

- в соответствии с установленными требованиями нормативных правовых и нормативных документов системы здравоохранения КР.
2. Проверяется наличие журналов регистрации случаев биоаварий и правильность их заполнения.
 3. Путем собеседования с персоналом, оценивается их знания о действиях при возникновении биоаварий.
 4. Проверяется наличие фактов (документов) передачи информации о произошедших случаях биоаварий.

Стандарт 2.29.(А) Имеется аптечка для оказания неотложной (экстренной) медицинской помощи.

Требования стандарта.

1. В доврачебных, прививочных, процедурных, манипуляционных/перевязочных кабинетах, операционных, родильных залах/палатах, кабинетах врачей и диагностических кабинетах ОЗ имеется укомплектованная аптечка в соответствии с установленными требованиями нормативных правовых и нормативных документов системы здравоохранения КР для оказания неотложной (экстренной) медицинской помощи.
2. Медицинские работники знают, что нужно делать при возникновении неотложных состояний у пациентов.

Оценка выполнения стандарта.

1. В доврачебных, прививочных, процедурных, манипуляционных/перевязочных кабинетах, операционных, родильных залах/палатах, кабинетах врачей и диагностических кабинетах ОЗ проверяется наличие аптечек для оказания неотложной (экстренной) медицинской помощи и их укомплектованность необходимыми лекарственными препаратами в соответствии с установленными требованиями нормативных правовых и нормативных документов системы здравоохранения КР.
2. Путем собеседования с медицинским персоналом, оценивается их знания о правилах/алгоритме оказания неотложной (экстренной) помощи пациентам.

Стандарт 2.30.(А) Имеются наборы для оказания неотложной акушерской помощи.

Требования стандарта.

1. В родильном отделении (приемно-смотровых, процедурных кабинетах, родильных залах/палатах и операционных), в соответствии с установленными требованиями нормативных документов системы здравоохранения КР имеются наборы (лекарственные средства и ИМН) для оказания неотложной акушерской помощи (кровотечение, преэклампсия, эклампсия).
2. Медицинские работники, работающие в приемно-смотровых, процедурных кабинетах, родильных залах/палатах и операционных, знают правила оказания неотложной акушерской помощи пациентам.

Оценка выполнения стандарта.

В процедурных кабинетах, родовых палатах и операционных проверяется наличие наборов для оказания неотложной акушерской помощи и их укомплектованность необходимыми изделиями медицинского назначения и лекарственными препаратами в соответствии с перечнем.

Путем собеседования с персоналом, оценивается их знания о правилах оказания неотложной акушерской помощи.

Стандарт 2.31.(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 2.32.(А) Соблюдаются правила безопасности при сборе 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 2.33.(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 необеззараженных 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 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 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 2.34.(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 2.35.(Б) При использовании санитарных ям соблюдаются правила безопасности.

Требования стандарта.

В соответствии с требованиями нормативных правовых и нормативных документов системы здравоохранения в ОЗ:

1. Доступ на территорию, где расположена санитарная яма, не доступен для персонала ОЗ (за исключением ответственных лиц), прохожих и животных (территория огорожена забором и запирается на замок).
2. Санитарная яма окружена материалом с низкой фильтрационной способностью (глиной).
3. Санитарная яма расположена на территории не подверженной затоплению и находится на расстоянии не менее 50 метров от любого источника воды.
4. Санитарная яма имеет около одного метра в поперечнике и два метра глубиной.
5. Каждый день отходы присыпают слоем земли толщиной 10-15 сантиметров.
6. Толщина последнего (окончательного) слоя земли составляет 50-60 сантиметров.

7. Заполнение санитарной ямы осуществляется не более чем в течение 2-х месяцев;
8. Исключено разбрасывание отходов по территории, где расположена санитарная яма.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится осмотр санитарных ям и опрос персонала, оценивается выполнение требований стандарта.

Стандарт 2.36.(Б) Имеются условия для соблюдения гигиены пациентов и персонала.

Требования стандарта.

В структурных подразделениях ОЗ имеются умывальные раковины, подключенные к централизованной системе водоснабжения и канализации. Имеется душевая кабина для персонала (при производственной необходимости).

Оценка выполнения стандарта.

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

Стандарт 2.37.(В) Соблюдаются правила сбора и транспортировки белья.

Требования стандарта.

1. В структурных подразделениях имеются письменные инструкции по сбору, транспортировке и хранению белья.
2. Использованное белье в структурных подразделениях собирают в мешки из непромокаемого материала или емкости с крышками, непосредственно на местах его использования.
3. Чистое и грязное белье хранят отдельно.
4. Чистое и грязное белье транспортируют отдельно.
5. Тележки, тачки или контейнеры, использовавшиеся для транспортировки грязного белья прежде, чем использовать их для транспортировки чистого белья тщательно дезинфицируются и моются, **или** если используются отдельные тележки или контейнеры для грязного и чистого белья промаркированы.
6. Во время транспортировки чистого белья его накрывают или заворачивают.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие письменных методик/руководств по сбору, транспортировке и хранению белья. Оценивается соблюдение правил сбора и транспортировки белья в соответствии с требованием стандарта.

Стандарт 2.38.(В) Соблюдаются правила стирки, сушки, упаковки и хранения белья.

Требования стандарта.

1. В прачечной имеются график стирки белья и защитной одежды персонала структурных подразделений, письменные инструкции по сортировке, стирке, сушке, упаковке и хранению белья. Письменные инструкции имеются методических руководств и/или настенных постеров.
2. Технический персонал обучен правилам работы с оборудованием прачечной. При обработке белья персонал прачечной использует средства индивидуальной защиты:
 - хозяйственные перчатки;
 - пластиковые фартуки;
 - резиновую обувь.

3. Для стирки белья используется моющее средство. Сильно загрязненное белье стирают отдельно от незагрязненного белья. Если после стирки белье по-прежнему выглядит грязным – белье стирают повторно. Выстиранное белье не кладут на пол. Белье не стирается вручную.
4. Белье сушат на воздухе (место для сушки удалено от источников загрязнения атмосферного воздуха) и/или в сушильной камере. Белье в прачечной и структурных подразделениях хранится в чистом, закрытом помещении на стеллажах, полки стеллажей содержатся в чистоте.

Оценка выполнения стандарта.

В прачечной проверяется наличие графика стирки белья структурных подразделений, методических руководств и/или настенных постеров по алгоритму стирки постельных принадлежностей и защитной одежды персонала. Проводится опрос сотрудников прачечной о правилах стирки, сушки, упаковки и хранения белья. Путем визуального наблюдения оценивается выполнение правил стирки, сушки, упаковки и хранения белья, а также использование защитных средств сотрудниками прачечной. Проводится осмотр белья и опрос пациентов на предмет чистоты постельного белья.

Стандарт 2.39.(В) Хранение продуктов соответствует санитарно-гигиеническим требованиям.

Требования стандарта.

1. Скоропортящиеся продукты хранятся в холодильниках.
2. В холодильных камерах строго соблюдаются правила товарного соседства (сырые и готовые продукты отдельно).
3. Соблюдаются сроки хранения продуктов питания, указанные в сопроводительных документах.
4. Все виды пищевых продуктов хранятся над уровнем пола на специальных стеллажах (полках).
5. В складских помещениях для хранения пищевых продуктов, ограждающие конструкции, полотна наружных дверей, ворот и крышек люков без пустот из материалов, не разрушаемых грызунами.

Оценка выполнения стандарта.

Осматриваются складские помещения и холодильные (морозильные) камеры, оцениваются условия хранения продуктов в соответствии с требованиями стандарта.

Стандарт 2.40.(В) В пищеблоке имеются холодильники и морозильники для хранения скоропортящихся продуктов питания.

Требования стандарта.

Имеются холодильники, морозильники (морозильные камеры) для хранения продуктов питания. В холодильниках и морозильниках (морозильных камерах) соблюдается температурный режим, имеются термометры и журнал регистрации температурного режима.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие достаточного количества рабочих холодильников, морозильников, (морозильных камер). Проверяются наличие термометров в холодильниках и журнал регистрации температурного режима, оценивается регулярность контроля температурного режима в холодильниках.

Стандарт 2.41.(В) Сотрудники службы питания выполняют правила ношения санитарной

одежды.

Требования стандарта.

Сотрудники службы выполняют правила ношения санитарной одежды (халаты, головной убор). Одежда должна быть чистой и опрятной. В наличии должно быть 2 – 3 комплекта санитарной одежды. Раздача пищи больным производится в халатах с маркировкой «Для раздачи пищи».

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие необходимого количества санитарной одежды, оценивается внешний вид санитарной одежды.

Стандарт 2.42.(А) Риск падения пациентов, включая риск падения, связанный с медикаментозным лечением, оценен и управляется.

Требования стандарта.

ОЗ оценивает наличие рисков падений и возможность травматизации у госпитализированных пациентов и управляет ими:

1. Разработаны механизмы/методы и процедуры для постоянного/непрерывного сбора, анализа/оценки и передачи информации, связанной с идентификацией опасностей и рисков падения пациентов.
2. У каждого госпитализированного пациента проводится выявление/идентификация возможных факторов риска падения:
 - сопутствующие медицинские заболевания и состояния (неврологические/двигательные и когнитивные нарушения, плохое зрение, сахарный диабет, ортостатическая гипотензия, периферическая невропатия, артериальная гипертензия, анемия, ревматоидный артрит, недостаток витамина D, депрессия, снижение минеральной плотности костей и др.)
 - пожилой возраст со снижением мышечной силы и нарушением равновесия;
 - низкая двигательная активность;
 - снижение минеральной плотности костей;
 - полифармация (прием большого числа медикаментов);
 - прием лекарственных препаратов специфически влияющих на устойчивость тела (нейролептики, бензодиазепины, трициклические антидепрессанты);
 - неблагоприятные реакции на прием медикаментов;
 - предшествующие падения и переломы;
 - прием алкоголя и курение;
 - наличие у пациента приспособлений для передвижения (трость, костыли, кресло-каталка);
 - другие факторы риска.
3. Идентифицированы элементы и зоны окружающей среды, которые являются потенциально опасными в отношении развития рисков падения (например, ваннные комнаты, туалеты, госпитальная мебель), а также время суток, в которое чаще случаются падения пациентов (послеобеденное и вечернее время).
4. Идентифицированные риски падения проанализированы и оценены по их тяжести и потенциальному воздействию на конкретного пациента.
5. В план медицинского ухода за пациентом включены (если это необходимо) конкретные меры для предупреждения/профилактики падения, которые подойдут конкретному пациенту.
6. Выполнение мер по предупреждению/ профилактики падения конкретному пациенту регулярно контролируется/мониторится.
7. Все случаи падения регистрируются, расследуются (анализируются) и используются для улучшения деятельности по предупреждению/ профилактики падения пациентов.

8. Имеется программа обучения для персонала — профилактика падений и оказание помощи пациентам при падениях.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется/оценивается наличие методов и процедур для постоянного/непрерывного сбора, анализа и передачи информации, связанной с идентификацией опасностей и рисков падения пациентов.
2. Оценивается факт проведения процедуры идентификации рисков, включая элементы и зоны окружающей среды, а также время суток которые являются потенциально опасными в отношении развития рисков падения пациентов.
3. Проверяется факт наличия анализа и оценки рисков в медицинских картах в соответствии с их тяжестью и потенциальным воздействием на конкретного пациента.
4. Оцениваются меры для предупреждения/профилактики падения в плане медицинского ухода за пациентом и мониторинг реализации этих мер.
5. Проверяется факт наличия регистрации (медицинские карты, журналы регистрации) расследования (протоколы, отчеты) фактов падения пациентов, а также факты улучшения деятельности по предупреждению/ профилактики падения пациентов (программа профилактики падений в плане управления рисками).
6. Проверяется наличие программы обучения для персонала по профилактике падений пациентов и оказании помощи пациентам при падениях них (планы обучения персонала, протоколы обучения, опрос персонала).

Стандарт 2.43. При возникновении случаев инфекционных заболеваний пациентов, ОЗ использует стандартные меры предосторожности.

Требования стандарта.

При возникновении случаев инфекционных заболеваний пациентов в ОЗ или подозрении на возникновение инфекционного заболевания в структурных подразделениях ОЗ используют стандартные меры предосторожности:

- пациента помещают в отдельную палату (изолятор) или с пациентом, у которого есть та же инфекция в активной форме, но не другая инфекция;
- снаружи на двери есть предупреждающий знак («Изолятор»);
- посещение пациента ограничено: его посещает только персонал, которому это необходимо по работе и один член семьи (дети не допускаются);
- при работе в изоляторе, персонал и/или ухаживающее лицо носят маски, закрывающие рот и нос;
- движение и транспортировка пациентов из изолятора ограничена до крайне необходимого минимума;
- если пациенту необходимо выйти, или его необходимо перевезти из палаты, он носит маску, которая закрывает рот и нос;
- при проведении осмотра или контакте с инфекционным материалом используются одноразовые перчатки;
- перед тем, как выйти из изолятора, перчатки снимают;
- входя в изолятор, одевают чистый, нестерильный халат;
- перед тем, как выйти из изолятора, халат снимают.

Персонал владеет информацией о мерах предосторожности при возникновении случаев инфекционных заболеваний пациентов.

Оценка выполнения стандарта.

Методом визуального осмотра (наблюдения), проверяется соблюдение требований стандарта при наличии пациентов с инфекционными заболеваниями. При отсутствии пациентов с инфекционными заболеваниями, проводится опрос персонала на предмет

знаний о мерах предосторожности при возникновении случаев инфекционных заболеваний пациентов.

Блок III. «Качество медицинских услуг»

Доступность 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, распорядок дня, перечень оказываемых медицинских услуг, финансовые аспекты медицинских услуг, информация о персонале/специалистах 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 плана 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 физическими возможностями передвижения.

Требования стандарта.

1. Предусмотрены пандусы с поручнями (для подъема пациентов на инвалидных колясках) при входе с улицы в здания ОЗ, кнопка вызова и/или телефон дежурного персонала (на входной двери ОЗ), а также лифты.
2. Для лиц с ограниченными возможностями передвижения в стационарных подразделениях предусмотрены палаты и туалетные кабины с поручнями и другим оборудованием в соответствии с НПА КР. Имеются инвалидные коляски, трости костыли для передвижения лиц с ограниченными физическими возможностями по помещениям и территории организации здравоохранения.
3. Используемая мебель удобна для пациентов с ограниченными физическими возможностями передвижения.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится визуальный осмотр зданий и помещений ОЗ/структурных подразделений, оценивается выполнение требований стандарта.

Стандарт 3.4.(В) Время ожидания госпитализации соответствует тяжести состояния пациентов.

Требования стандарта.

1. Ожидание пациентами госпитализации не превышает 30 минут.
2. В приемно-смотровых отделениях имеются утвержденные документированные процедуры (алгоритмы) в виде настенных постеров и/или методических руководств по критериям идентификации пациентов по тяжести их состояния. Имеется персонал, ответственный за первичную оценку состояния госпитализирующихся пациентов, который обучен данной процедуре, и способен осуществлять первичную оценку пациентов в соответствии с документированными процедурами.
3. Беременные и роженицы при критических состояниях (кровоотечение, тяжелая преэклампсия, эклампсия, шоковые состояния, сепсис и др.), госпитализируются немедленно в соответствующее отделение (ОРИТ, родильный зал, операционная, отделение/палата патологии беременности). Госпитализация и проведение медицинских процедур пациентов в критическом состоянии начинается сразу после прибытия в ОЗ. В медицинской документации фиксируется время госпитализации и начало медицинских процедур.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проводится анкетирование пациентов на предмет времени ожидания госпитализации.
2. Осматривается приемное отделение, в процессе которого выясняется наличие (или отсутствие) документированных процедур (алгоритмов) по первичной идентификации пациентов по тяжести их состояния.
3. Изучается медицинская документация (истории родов, медицинские карты стационарных больных), оценивается быстрота госпитализации и начало медицинских процедур при критических состояниях.

Стандарт 3.5.(В) Медицинское обслуживание учитывает языковые барьеры, культурные традиции и религиозные убеждения пациентов.

Требования стандарта.

1. ОЗ выявляет наличие барьеров при оказании медицинской помощи пациентам (пожилые люди, люди с ограниченными возможностями, лица, не владеющие государственным и официальными языками и имеющие национальные/культурные особенности/традиции) 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.
 4. Имеются помещения для отправления религиозных обрядов пациентов.

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. Берется интервью у пациентов (проводится анкетирование пациентов) на предмет наличия (или отсутствия) языковых барьеров во время медицинского обслуживания в ОЗ, о соблюдении этических норм в отношении принадлежности пациентов к различным национальностям/этносам и религиозным конфессиям.
4. Проверяется наличие помещений в организации для отправления религиозных обрядов пациентов.

Стандарт 3.6.(В) Персонал организации здравоохранения 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) Организация здравоохранения обеспечивает круглосуточную доступность медицинской помощи по требованию пациентов.

Требования стандарта.

1. В ОЗ имеются механизмы круглосуточного предоставления медицинской помощи:
 - круглосуточные сестринские посты в клинических подразделениях;
 - круглосуточное дежурство врачей в ночное время и в выходные дни;
 - ургентной служба.
2. Медицинский персонал доступен круглосуточно в соответствии с графиком дежурств.
3. Дежурный врач осматривает тех пациентов, информация о которых передана лечащим врачом или пациентов, требующих специального лечения, вносит данные осмотра в медицинскую карту пациента.
4. В структурных подразделениях имеется легкодоступный функционирующий звонок вызова персонала у кроватей «тяжелых» больных и пациентов с ограниченными физическими возможностями передвижения.
5. Медсестринские посты расположены в легкодоступных местах для пациентов, а в отделении реанимации там, где пациентов хорошо видно.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие механизмов круглосуточного предоставления медицинской помощи

в соответствии с требованиями стандарта, официально утвержденных графиков дежурств персонала ОЗ, журнал регистрации вызовов urgentных специалистов.

2. Проводится осмотр подразделений организации здравоохранения, опрос/анкетирование пациентов, экспертиза медицинских карт, оценивается доступность медицинской помощи по требованию пациентов в соответствии с требованиями стандарта.

Медицинское обслуживание непрерывно

Стандарт 3.8.(В) Обеспечивается преемственность с организацией здравоохранения первичного уровня (ЦСМ/ЦОВП).

Требования стандарта.

1. При госпитализации в организацию родовспоможения беременных, рожениц и женщин с гинекологическими заболеваниями, имеется направление на госпитализацию, выданное врачами ЦСМ/ГСВ, где пациентам оказывалась первичная медико-санитарная помощь (за исключением экстренных случаев и доставки пациентов машинами скорой помощи). Кроме того, при госпитализации беременных имеются обменные карты беременных (ф. №113/у).
2. При выписке из родильного дома/отделения пациентам на руки выдаются обменные карты родильницы и новорожденного (ф. №113-1/у), выписки из медицинских карт с информацией о пациентах для ЦСМ (ГСВ) для организации амбулаторного наблюдения.
3. Имеется механизм передачи информации в ЦСМ/ЦОВП (ГСВ) о выписке новорожденного и родильницы для организации их патронажа на дому (телефонограммы, передача сведений через физические лица и др.) в соответствии с установленными требованиями.
4. Матерям перед выпиской из стационара предоставляется информация и печатные материалы (буклеты, брошюры) о том, где можно получить последующую поддержку по аспектам грудного вскармливания (первичный уровень оказания медицинской помощи, ресурсы по поддержке грудного вскармливания в сообществе, если таковые имеются).
5. Отслеживаются и анализируются случаи дефектов оформления медицинской документации для первичного уровня, необоснованного направления на госпитализацию из ЦСМ (ГСВ), расхождения диагнозов при направлении в стационар и клинических диагнозов.
6. При наличии дефектов в вопросах преемственности между, заполняются дефектные карты, которые передаются в ЦСМ (ЦОВП) и разбираются на конференциях с участием врачей ОЗ, оказывающей стационарные медицинские услуги женщинам в период беременности, родов, послеродовом периоде, с заболеваниями органов репродуктивной системы и новорожденным, имеются протоколы разборов.

Оценка выполнения стандарта.

1. В медицинских картах и историях родов проверяется наличие направлений на госпитализацию пациентов и обменных карт беременных выданных врачами ЦСМ (ЦОВП).
2. Путем опроса соответствующего/ответственного персонала и пациентов, проверки соответствующей документации (журнал регистрации телефонограмм) проверяется:
 - наличие механизмов выдачи пациентам обменных карт, выписок из медицинских карт, передачи информации в ЦСМ/ЦОВП о выписке новорожденных и женщин;
 - предоставление информации и печатных материалов матерям о том, где можно получить последующую поддержку по аспектам грудного вскармливания.

3. В отчетах заведующих отделениями и общем отчете ОЗ проверяется наличие анализа случаев дефектов оформления медицинской документации для первичного уровня, необоснованного направления на госпитализацию из ЦСМ/ЦОВП, расхождения диагнозов при направлении в стационар и клинических/окончательных диагнозов.
4. Кроме того, проверяется наличие дефектных карт при наличии дефектов в вопросах преемственности и копий протоколов совместных разборов дефектов преемственности между ОЗ, оказывающей стационарные медицинские услуги женщинам в период беременности, родов, послеродовом периоде, с заболеваниями органов репродуктивной системы и новорожденным и ОЗ первичного уровня (ЦСМ/ЦОВП).

Стандарт 3.9.(В). Соблюдаются правила госпитализации пациентов.

Требования стандарта.

Госпитализация беременных, рожениц и женщин с заболеваниями органов репродуктивной системы осуществляется через приемно-смотровые помещения родильных и гинекологических отделений. Госпитализация обоснована, осуществляется в соответствии с клиническими протоколами (руководствами). Отсутствуют случаи необоснованной госпитализации. Имеется журнал регистрации отказов в госпитализации.

Оценка выполнения стандарта.

По журналам госпитализации, историям родов и медицинским картам стационарных больных проверяется обоснованность госпитализации в соответствии с клиническими протоколами (руководствами). Проверяется наличие журнала регистрации отказов в госпитализации.

Стандарт 3.10.(В) Медицинское обслуживание пациентов скоординировано с различными службами ОЗ.

Требования стандарта.

1. При госпитализации пациентов персонал отделений своевременно извещается об этом.
2. Существуют правила относительно времени проведения консультаций пациентов узкими специалистами (консультантами), проведения диагностических исследований пациента и получения результатов этих исследований.
3. Имеется механизм обратной связи между врачами подразделений и диагностическими службами/кабинетами (по вопросам соответствия результатов диагностических исследований клинике заболевания, своевременности проведения диагностических исследований и получения их результатов).
4. Существует механизм оповещения соответствующих вспомогательных служб о потребности отделения в продуктах питания, медикаментах, препаратах крови (заявки, требования) при госпитализации пациентов.

Оценка выполнения стандарта.

1. Путем опроса персонала проверяется наличие механизма своевременной передачи информации о госпитализации пациентов.
2. Путем опроса персонала и пациентов изучается и оценивается наличие правил консультаций пациентов узкими специалистами, проведения диагностических исследований пациентов и получения результатов этих исследований.
3. Путем опроса персонала выясняется наличие механизма обратной связи между врачами подразделений и диагностическими службами/кабинетами.
4. Путем опроса персонала выясняется наличие механизмов оповещения соответствующих вспомогательных служб о потребности отделений при госпитализации пациентов в продуктах питания, медикаментах и препаратах крови.

Стандарт 3.11.(Б) Обеспечена непрерывность медицинского обслуживания пациентов.

Требования стандарта.

1. Существует механизм передачи наблюдения за тяжелыми пациентами при пересмене медицинского персонала (в вечернее время, праздничные и выходные дни).
2. Предусмотрен механизм непрерывности наблюдения за пациентами при переводе их из одного в другое отделение (согласованность перевода, осведомленность персонала, куда переводятся пациенты, переводные эпикризы в медицинских картах с рекомендациями по дальнейшему ведению пациентов).
3. Обеспечивается непрерывность наблюдения за пациентами и передача информации о них в письменной форме при проведении оперативных вмешательств соответствующими специалистами (хирургами, анестезиологами, реаниматологами и др.).
4. При ухудшении состояния пациентов существует механизм оповещения дежурного врача и перевода пациентов в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Оценка выполнения стандарта.

Путем экспертизы медицинской документации (проверка наличия и информативность соответствующих записей) проверяется и оценивается непрерывность медицинского обслуживания в соответствии с требованием стандарта.

Стандарт 3.12.(В) Обслуживание пациентов скоординировано между ОЗ и органом социальной защиты.

Требования стандарта.

При выявлении фактов (случаев) отказа матери от ребенка, брошенных или подкинутых детей руководитель ОЗ информирует об этом социальную службу и проводит мероприятия в соответствии с установленными правилами в нормативных правовых и нормативных документах.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится оценка организации работы в ОЗ при выявлении фактов (случаев) отказа матери от ребенка, брошенных или подкинутых детей в соответствии с требованиями стандарта.

Регистрация пациентов и медицинские записи

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:
 - история родов;
 - история развития новорожденных;
 - медицинская карта стационарного больного.
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 ОЗ (номер

- медицинского документа);
 - паспортную часть медицинского документа (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 исследования;
 - обоснование предварительного и клинического диагнозов, включающих оценку состояния пациента;
 - план ведения/медицинского обслуживания пациентов с оценкой рисков медицинских вмешательств/процедур, включая анестезиологический и хирургический риски при соответствующих вмешательствах;
 - записи о результатах диагностических исследований и осмотра консультантов/узких специалистов;
 - данные динамического наблюдения (дневники, этапные эпикризы) за пациентами;
 - все неблагоприятные реакции, инциденты, несчастные случаи и побочные действия медицинских вмешательств;
 - условные обозначения предупреждений/оповещений;
 - реакцию организма пациента на медицинские вмешательства и уход;
 - выполнение/реализация плана ведения/медицинского обслуживания пациента, прогресс в достижении целей;
 - выписные эпикризы;
 - карты наблюдения;
 - наркозные карты;
 - информированное добровольное письменное согласие на, процедуры/вмешательства, связанные с риском.
3. Записи в медицинской документации разборчивы (как обязательное условие), без сокращений (за исключением общепринятых аббревиатур), датированы, заполнены и подписаны квалифицированными лицами (с указанием фамилии и имени), 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 требованием 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.(В) Медицинские записи о динамическом наблюдении за пациентами соответствуют установленным требованиям.

Требования стандарта.

1. Записи о динамическом наблюдении (дневники, этапные эпикризы) за пациентами в медицинской документации (медицинская карта больного, история родов, история развития новорожденных) осуществляют квалифицированные лица, курирующие пациента и несущие непосредственную ответственность за качество оказываемых услуг пациентам.
2. Записи о динамическом наблюдении за пациентами:
 - информативные, отражают контроль за АД, ЧСС, ЧД, температурой, Sat O₂ (при

необходимости), динамику состояния пациента, включают интерпретацию результатов диагностических исследований в соответствии с клиническим состоянием пациента и обоснование коррекции лечения (если это необходимо);

- при наблюдении новорожденных детей и больных с состоянием средней тяжести осуществляются ежедневно, частота записей при наблюдении тяжелых больных в отделении реанимации/интенсивной терапии осуществляются в зависимости от тяжести состояния пациентов;
3. Все записи имеют атрибуты формализации – датированы, подписаны лицами, курирующими пациента.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится экспертиза первичной медицинской документации, оценивается выполнение требований стандарта.

Стандарт 3.15.(В) План ведения/медицинского обслуживания соответствует состоянию пациента и его потребностям.

Требования стандарта.

1. План ведения/медицинского обслуживания пациентов подробный, четкий, конкретный, обоснованный и содержит основные аспекты медицинского обслуживания пациентов исходя из основного диагноза, сопутствующих заболеваний и состояния пациента (эмоциональное и физическое состояние, болевой синдром, коммуникативные особенности и др.):
 - объем диагностических исследований;
 - объем лечебных мероприятий (лечение с обоснованием назначения лекарственных препаратов);
 - риски медицинских вмешательств;
 - специальная/соответствующая диета (если это необходимо).
2. Планирование мероприятий по медицинскому обслуживанию (диагностика, лечение наблюдение) согласовано с пациентами (членами их семей).
3. При необходимости производится пересмотр потребностей услуг пациентов, и вносятся необходимые коррективы в план ведения/медицинского обслуживания пациентов.
4. В случае если ожидается летальный исход, план ведения/медицинского обслуживания пациентов включает подготовку пациента и членов его семьи к подобному исходу, устранение боли, эмоциональной подавленности и других симптомов, связь с группой поддержки/службой (в том числе представителями религиозных культов), которая дает соответствующие консультации, удовлетворяет определенные духовные и культурные потребности.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится экспертиза медицинской документации, оценивается структура и содержание плана, отслеживание достижения целей (желаемых результатов) медицинского обслуживания пациентов и внесение необходимых корректив в план в соответствии с требованиями стандарта. Проводится интервью/анкетирование пациентов на предмет согласования с ними запланированных мероприятий по их медицинскому обслуживанию.

Стандарт 3.16.(В) Для женщин из группы высокого риска на перинатальную патологию составляется план ведения родов.

Требования стандарта.

1. Данные о наблюдении, обследовании, лечении беременных из группы высокого риска на перинатальную патологию на первичном уровне и при предыдущем пребывании в

больнице доступны и приняты во внимание и приняты во внимание для составления плана ведения родов.

2. В историях родов для женщин из группы высокого риска на перинатальную патологию имеется коллегиально составленный (консилиумом врачей) план ведения родов в соответствии с нормативными документами системы здравоохранения. План ведения родов подписан всеми участниками консилиума.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится экспертиза историй родов, проверяется наличие плана родов для женщин из группы высокого риска на перинатальную патологию в соответствии с нормативными документами системы здравоохранения, оценивается соблюдение принципа коллегиальности при его составлении

Стандарт 3.17.(В) Клинический диагноз выставлен своевременно и правильно обоснован.

Требования стандарта.

1. Обеспечивается своевременное обоснование диагноза (не позднее трех дней, в особых случаях - 5 дней с момента заболевания пациента).
2. Диагноз полный, соответствует МКБ – 10. Выделен ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть течения заболевания, распознаны сопутствующие заболевания и осложнения. В обосновании клинического диагноза содержатся только те данные, которые четко подтверждают выставленный диагноз.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится экспертиза медицинских карт, оценивается выполнение требований стандарта.

Стандарт 3.18.(В) Заполнение партограммы во время родов соответствует установленным требованиям.

Требования стандарта.

Партограмма (графическая запись течения родов, состояния роженицы и плода) заполняется медицинскими работниками в обязательном порядке во время родов **в режиме реального времени** в соответствии с требованиями, установленными в клиническом протоколе.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится наблюдение за процессом заполнения партограммы при родах в режиме реального времени. Проводится экспертиза историй родов, оценивается правильность заполнения партограммы в соответствии с требованием стандарта.

Стандарт 3.19. (В) Медицинские записи, в случаях проведения оперативных вмешательств у пациентов, соответствуют установленным требованиям.

Требования стандарта.

1. В медицинской карте имеются запись об обосновании выбора хирургической тактики (**план операции**) с идентификацией и оценкой рисков хирургического вмешательства, а также, информированное письменное согласие пациента на проведение оперативного вмешательства.
2. В операционном журнале, медицинских картах стационарных больных, историях родов имеются протоколы операций.
3. Протокол операции оформляется специалистом, производившим оперативное вмешательство, сразу после операции в соответствии с установленными требованиями

и включает в себя дату проведения операции, показания к операции, ход операции, рапорт операционной сестры, назначения, Ф.И.О. и подписи членов операционной бригады.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится экспертиза медицинской документации, оценивается выполнение требований стандарта.

Стандарт 3.20.(В). Записи анестезиолога соответствуют установленным требованиям.

Требования стандарта.

В случае применения анестезиологических пособий пациентам при проведении оперативных вмешательств, в медицинских картах имеются:

1. Записи, произведенные квалифицированным специалистом – анестезиологом о результатах осмотров пациентов перед операцией (при плановом оперативном вмешательстве не позже, чем за одни сутки до оперативного вмешательства). Записи включают: анестезиологический анамнез (осложнения предшествующих анестезий), оценку состояния пациента на основе объективных данных на момент осмотра, проведенных исследований и консультаций, обоснование выбора анестезиологического пособия (**план анестезии**) с идентификацией и оценкой анестезиологических рисков.
2. «Карта анестезиологического пособия» (учетная форма № 011/у) или "Протокол анестезиологического пособия малых хирургических вмешательств" (учетная форма № 011-2/у) заполненные **в режиме реального времени** в соответствии с требованиями приказа МЗ КР №767 от 12.11.2009 г..

Оценка выполнения стандарта.

Проводится экспертиза медицинских карт, оценивается выполнение требований стандарта.

Стандарт 3.21. (В) Выписные эпикризы и выписки из медицинских карт соответствуют установленным требованиям.

Требования стандарта.

1. В выписных эпикризах медицинских карт отражены результаты проведенного исследования, объем оказанной медицинской помощи, оценка ее результатов (исходов), а также, рекомендации по дальнейшему ведению пациента.
2. При выписке пациентам на руки выдаются выписки из медицинских карт с подробной информацией о результатах проведенного исследования, объеме оказанной медицинской помощи, оценке ее результатов, а также с рекомендациями для организации амбулаторного наблюдения или лечения в специализированных стационарах.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится экспертиза медицинской документации (выписные эпикризы и выписки из медицинских карт), оценивается информативность вышеуказанных документов в соответствии с требованием стандарта.

Обеспечение прав пациентов

Стандарт 3.22.(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);
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 3.23.(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 (на посту медицинской сестры), 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 3.24.(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 3.25.(В) ОЗ обеспечивает права пациента, связанные с процессом медицинского обслуживания.

Требования стандарта.

1. Обеспечивается право пациента на выбор лечащего врача, альтернативные виды медицинских услуг, отказ от лечения (прерывание лечения), информацию о своем здоровье:
 - пациенты (родственники, родители, опекуны) проинформированы обо всех предложенных медицинских процедурах/вмешательствах (об их пользе и риске), условиях их оказания (часы проведения, ограничение вредных привычек, финансовые аспекты), об альтернативных методах лечения или диагностики, и дают свое согласие на предложенные процедуры;
 - 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;
 - пациент получает необходимую информацию о состоянии своего здоровья и здоровья своих детей. Если эта информация может нанести существенный вред больному, она сохраняется от него в секрете и об этом оповещаются его близкие родственники.
2. Участие пациента в научных и медицинских экспериментах осуществляется только с его письменного согласия.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится анкетирование пациентов на предмет обеспечения их прав на выбор лечащего врача и альтернативные виды медицинских услуг, их информированности обо всех

получаемых медицинских процедурах, условиях их оказания, даче согласия на проводимые процедуры и участие в научных и медицинских экспериментах.

Стандарт 3.26.(В) При проведении манипуляций, связанных с риском, берется письменное согласие пациента.

Требования стандарта.

1. При проведении диагностических и лечебных манипуляций, связанных с риском (хирургические вмешательства/манипуляции, диагностические исследования, связанные с риском), пациенты получают полную информацию о возможных побочных эффектах и осложнениях вмешательств и дают письменное согласие на их проведение, а также на проведение тестирования на ВИЧ/СПИД.
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 3.27.(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 3.28.(В) Пациенту гарантируется возможность его посещения.

Требования стандарта.

1. Организация здравоохранения гарантирует беспрепятственный допуск родственников и посетителей к пациентам для участия их в партнерских родах, медицинском уходе, передачи пациентам продуктов питания в пределах установленных правил в организации.
2. Ограничения, касающиеся посещений пациентов и участия родственников в медицинском уходе, регламентированы **инструкцией** о режиме и правилах посещений пациентов:
 - форма одежды посетителей;
 - временные ограничения посещений;
 - согласие других пациентов при посещении палат в которых находится больше одного пациента;
 - специальные помещения для встреч пациентов с родственниками/посетителями;
 - правила безопасности при посещениях, например, исключение посещения пациентов лиц в состоянии алкогольного опьянения).Инструкция доступна (находится на видном месте) для пациентов и посетителей.
3. Администрация ОЗ обеспечивает выполнение режима и правил посещений пациентов.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится осмотр информационных стендов, проверяется наличие инструкции о режиме и правилах посещений пациентов. Проводится интервью/анкетирование пациентов на предмет оценки выполнения требований стандарта.

Стандарт 3.29.(В) ОЗ обеспечивает для пациентов необходимые условия для пребывания и встреч с посетителями.

Требования стандарта.

1. Организация здравоохранения обеспечивает условия для проведения досуга пациентами в пределах установленных правил. Имеются места для проведения досуга пациентами и встречи с посетителями на территории ОЗ (беседки и скамейки) и внутри структурных подразделений (фойе, комнаты досуга, вестибюли) оснащены твердым и мягким инвентарем, телевизорами, периодической печатью, научно-популярной и санитарно-просветительской литературой и другими элементами сервиса).
2. В случае необходимости лицам, осуществляющим уход за пациентами, предоставляется оборудованное место рядом с пациентом.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие оборудованных мест для проведения досуга и встреч с посетителями пациентов на территории, внутри зданий ОЗ и рядом с пациентом (для лиц, осуществляющих уход), оценивается их соответствие требованиям стандарта.

Адекватность медицинских услуг *(ключевые аспекты и критические процедуры)*

Стандарт 3.30.(Б) Болевой синдром у пациентов своевременно идентифицируется, оценивается и управляется.

Требования стандарта.

План медицинского обслуживания пациентов при необходимости следует разработанной в ОЗ документированной процедуре (клиническому руководству/протоколу) по управлению болевым синдромом, включающим:

- выявление у пациентов болевого симптома в течение первичного и повторных осмотров (идентификация/источник/причина и оценка боли);

- включение в план медицинского обслуживания пациентов препаратов для купирования боли согласно документированной процедуре (клиническому руководству/протоколу);
- обучение пациентов и их близких методам купирования боли.

Оценка выполнения стандарта.

1. В ОЗ проверяется наличие документированной процедуры (или клинического руководства/протокола) по управлению болевым синдромом.
2. Проводится экспертиза медицинских карт пациентов с болевым синдромом (например, с заболеваниями периферической нервной системы), оценивается соответствие методов управления болью требованиям разработанной в организации документированной процедуры (или клиническому руководству/протоколу) по управлению болевым синдромом.
3. Оценка выполнения стандарта рассчитывается по итогам экспертизы всех карт (средняя арифметическая) в соответствии с рангом стандарта.

Стандарт 3.31.(А) ОЗ разработала и выполняет правила идентификации личности пациентов при раздаче лекарственных препаратов и проведении медицинских вмешательств/процедур.

Требования стандарта.

1. Идентификация (персонификация) пациента направлена на безопасность пациента посредством точного установления их личности (включая пациентов с нарушением сознания и дезориентированных в пространстве), которым назначено проведение лечебных или диагностических вмешательств/процедур. Медицинский работник должен убедиться, что перед ним находится именно тот пациент, которому назначено данные лекарственный препарат или медицинская манипуляция/процедура.
2. Организация и медицинские работники несут правовую ответственность за ошибки в идентификации пациентов.
3. Разработана документированная процедура по правилам идентификации личности пациентов при раздаче лекарственных препаратов и проведении медицинских вмешательств/процедур.
4. Идентификация (персонификация) пациента проводится:
 - во время раздачи лекарственных препаратов;
 - при проведении инъекций лекарственных препаратов;
 - при переливании крови и ее препаратов;
 - при заборе биологических жидкостей/материалов для лабораторных исследований;
 - аппаратных диагностических и лечебных процедурах;
 - хирургических вмешательствах
 и/или проведении любых других лечебных и диагностических процедур.
5. Для четкой достоверной идентификации (персонификации) личности пациентов медицинские работники используют как минимум 2-а признака-идентификатора, которые могут включать:
 - **фамилия, имя, отчество;**
 - **дата и год рождения;**
 - **домашний адрес;**
 - **идентификационный номер (номер истории болезни);**
 - **браслет с индивидуальной информацией или со штрихом-кодом.**
6. При идентификации личности несовершеннолетних пациентов, а также пациентов, находящихся в коме или без сознания (в реанимации), используется помощь родственников, опекунов, ухаживающих лиц, в том числе медицинских работников (медсестра, сиделка), которые сообщают необходимые признаки-идентификаторы для

персонификации пациента, указанные в п.3. Кроме того, в качестве одного из признаков-идентификаторов может использоваться закрепленный на теле больного браслет (или иное приспособление) с индивидуальной информацией, фотографией или штрихом-кодом. В медицинскую карту данных больных заносятся сведения о человеке, который способствовал идентификации личности пациента

7. Персонал прошел обучение правилам идентификации пациентов.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проводится осмотр структурных подразделений, опрос/анкетирование персонала и пациентов по вопросам идентификации пациентов, оценивается факт выполнения требований стандарта.
2. Изучается тематика обучающих программ для персонала на предмет включения в тематику правил идентификации пациентов.

Стандарт 3.32.(А) Осуществляется процедура четкой идентификации новорожденного.

Требования стандарта.

В родильном отделении сразу после рождения ребенка осуществляется процедура четкой идентификации новорожденного в присутствии матери или партнера, включающая фиксацию на запястьях 2-х идентификационных браслетов/медальонов. В идентификационные браслеты/медальоны вписаны дата и час рождения, пол ребенка, масса тела, рост, и фамилия матери. Браслеты зафиксированы на запястьях ребенка с обеих сторон.

Оценка выполнения стандарта.

В родильном отделении проверяется наличие атрибутов идентификации новорожденного в соответствии с требованием стандарта.

Стандарт 3.33.(Б). Организации здравоохранения предоставляет матерям/родильницам необходимую информацию, поддержку/помощь и обучение в области грудного вскармливания новорожденных детей.

Требования стандарта.

1. Проводится консультирование матерей/родильниц по аспектам ГВ в процессе которого им предоставляется эмоциональная и мотивационная поддержка, необходимая информация и проводится обучение конкретным навыкам, позволяющим матерям успешно кормить грудью новорожденных.
2. Отделения совместного пребывания матери и ребенка ОЗ обеспечены доступным в любое время информационным материалом для матерей (брошюры, книги, листовки, плакаты и т.д.), где даются необходимые знания/информация по тому, как кормить грудью и как поддержать лактацию, даже если матери временно отделены от своих детей и советы о наиболее часто встречающимся проблемам ГВ.
3. С матерями/родильницами проводится инструктаж по технике сцеживания молока, как средства поддержания лактации, в том случае, если их временно разлучат с новорожденным.
4. В случаях тяжелого состояния матерей/родильниц медицинский персонал обеспечивает регулярное сцеживание молока (не реже 8 раз в сутки) и кормление новорожденных сцеженным материнским молоком.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проводится анкетирование матерей/родильниц на предмет предоставления им необходимой информации, поддержки/помощи и обучения в области грудного вскармливания новорожденных детей, технике сцеживания молока.

2. Проверяется наличие доступного информационного материала для матерей/родильниц по аспектам ГВ в соответствии с требованием стандарта.
3. Проводится собеседование с матерями/родильницами и медицинским персоналом на предмет кормления новорожденных сцеженным материнским молоком в случаях тяжелого состояния матерей/родильниц.

Стандарт 3.34. (Б) Организация здравоохранения обеспечивает немедленный кожный контакт матери и новорожденного ребенка и раннее начало грудного вскармливания после родов.

Требования стандарта.

1. Кожный контакт между матерью и ребенком осуществляется немедленно после рождения ребенка в течение, как минимум, одного часа (если не было обоснованных, с медицинской точки зрения, и задокументированных причин отложить такой контакт). При рождении детей путем операции кесарево сечения с общей анестезией, проводится немедленный телесный контакт ребенка с отцом или другим членом семьи.
2. Обеспечивается раннее (в течение одного часа после родов) грудное кормление новорожденного (если не было обоснованных, с медицинской точки зрения, и задокументированных причин не делать этого).
3. В медицинской документации (история развития новорожденного) регистрируется начало и продолжительность кожного контакта матери и ребенка и время первого прикладывания к груди.

Оценка выполнения стандарта.

1. В историях развития новорожденных проверяется наличие записей о продолжительности кожного контакта матери и ребенка и времени прикладывания ребенка к груди.
2. Проводится анкетирование (и/или собеседование) сотрудников ОЗ и пациентов на предмет немедленного кожного контакта между матерью и ребенком и раннего начала грудного кормления новорожденного в соответствии с требованием стандарта.
3. При возможности, проводится наблюдение в родильном зале (палате) за действиями медицинского персонала по выполнению мероприятий направленных на обеспечение немедленного кожного контакта матери и ребенка и раннего начала ГВ.

Стандарт 3.35. (Б) Новорожденные на грудном вскармливании не получают другого питания и питья, если нет медицинских показаний.

1. Новорожденные дети (доношенные и недоношенные) получают только грудное молоко (их собственной матери или из банка донорского грудного молока) в течение всего срока пребывания в ОЗ.
2. Искусственное вскармливание новорожденных детей проводится только по медицинским показаниям зафиксированных в политике ОЗ по ГВ.
3. С родильницами/матерями, которые решили не кормить грудью, медицинский персонал обсуждает различные варианты кормления новорожденных детей, и помогает им принять решение, подходящее в их ситуациях.
4. Медицинский персонал дает консультации родильницам/матерям, которые решили не кормить грудью, по безопасному приготовлению, кормлению новорожденных и хранению заменителей грудного молока.

Оценка выполнения стандарта.

1. Изучаются /оцениваются медицинские показания к искусственному вскармливанию новорожденных детей зафиксированных в политике ОЗ по ГВ и их практическое/фактическое применение.

2. Проводится анкетирование матерей/родильниц на предмет:
 - исключительно грудного вскармливания новорожденных детей (доношенных и недоношенных) в течение всего срока пребывания в ОЗ;
 - оказания консультативной помощи медицинским персоналом по выбору вариантов кормления новорожденных, родильницам/матерям которые решили не кормить грудью;
 - оказания консультативной помощи медицинским персоналом родильницам/матерям, которые решили не кормить грудью, по безопасному приготовлению, кормлению новорожденных и хранению заменителей грудного молока.
3. Проводится собеседование с медицинским персоналом по аспектам требований стандарта с целью подтверждения выполнения требований стандарта.

Стандарт 3.36. (Б) Организация здравоохранения обеспечивает совместное пребывание матери и ребенка сразу после родов и до выписки.

Требования стандарта.

1. ОЗ обеспечивает нахождение родильниц/матерей и их новорожденных детей вместе в одной палате 24 часа в сутки (включая отделение реанимации), сразу после влагалищных родов или кесарева сечения (или с того времени, когда мать способна реагировать на младенца) и до выписки из ОЗ.
2. Новорожденных детей разделяют с их матерями только по обоснованным медицинским показаниям и соображениям безопасности. Причины раздельного пребывания матери и ребенка зафиксированы в истории развития новорожденного.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проводится осмотр/наблюдение палат совместного пребывания матери и ребенка, оценивается выполнение требований стандарта.
2. Проводится экспертиза историй развития новорожденного (в случаях раздельного пребывания матери и ребенка), оценивается обоснование медицинских показаний к раздельному пребыванию матери и ребенка.
3. Проводится анкетирование матерей/родильниц на предмет, что их дети оставались с ними с момента рождения, без разделения длившегося более 1 часа.

Стандарт 3.37. (Б) Организация здравоохранения прививает матерям культуру практики адаптивного/отзывчивого кормления.

Требования стандарта.

1. ОЗ оказывает матерям необходимую поддержку в обеспечении грудного вскармливания новорожденного по требованию и обучают матерей реагировать на сигналы своего ребенка о том, что он/а нуждается в кормлении, близости и утешении, и соответственно, отвечать на эти сигналы различными способами.
2. Медицинский персонал ОЗ не рекомендует кормление новорожденных детей по расписанию, которое предписывает запланированные и обычно ограниченные по времени, частоте и график кормления.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проводится анкетирование матерей/родильниц на предмет что медицинский персонал ОЗ рекомендовал кормить своих детей так часто и долго, как хочет младенец.
2. Проводится анкетирование и/или опрос матерей/родильниц на предмет их информирования о сигналах голода у новорожденных детей.

Стандарт 3.38. (Б) Риски, связанные с использованием бутылочек для кормления, сосок, а также пустышек для новорожденных детей приняты во внимание и управляются.

Требования стандарта.

Медицинский персонал информирует/консультирует матерей и членов семей о рисках использования для новорожденных бутылочек для кормления молоком или иными жидкостями, сосок, а также пустышек.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится анкетирование матерей/родильниц на предмет того, что медицинский персонал ОЗ/отделения информировал/консультировал матерей/родильниц и членов семей о рисках использования бутылочек для кормления, сосок, а также пустышек для новорожденных детей.

Стандарт 3.39.(А) Проводится вакцинация новорожденных в соответствии с утвержденным Национальным календарем (планом) профилактических прививок.

Требования стандарта.

1. В соответствии с утвержденным Национальным календарем (планом) профилактических прививок Кыргызской Республики персонал родильного отделения проводит вакцинацию новорожденных против вирусного гепатита «В» (первые 24 часа жизни) и туберкулеза в прививочном кабинете (до выписки).
2. Персонал неукоснительно придерживается утвержденного Национального календаря (плана) профилактических прививок Кыргызской Республики, если нет соответствующих медицинских отводов.
3. Медицинские отводы от профилактических прививок новорожденным оформляются в соответствии с утвержденным МЗКР «Руководством по профилактике поствакцинальных осложнений и вакцинации особых групп». Вакцинация осуществляется с согласия матери и в ее присутствии.
4. Документация о вакцинации новорожденных (карты профилактических прививок - ф. 063/у) и медицинских отводах своевременно заполняется и сразу после выписки новорожденного передается на первичный уровень.

Оценка выполнения стандарта.

1. По записям в историях развития новорожденных проверяется выполнение утвержденного Национального календаря профилактических прививок новорожденным детям, оценивается полнота объема вакцинации и соблюдение противопоказаний к введению вакцин у новорожденных в соответствии с «Руководством по профилактике поствакцинальных осложнений и вакцинации особых групп».
2. Проводится анкетирование матерей на предмет ее присутствия при вакцинации и дачи согласия на проведение вакцинации ребенка. Проводится интервью с персоналом о механизмах/способах передачи сведений о вакцинации новорожденных и медицинских отводах.

Стандарт 3.40.(А) Риск возникновения критических /неотложных состояний у пациентов идентифицирован и управляется.

Требования стандарта.

1. В ОЗ имеются внутренние документированные процедуры (инструкции, алгоритмы, протоколы) по действиям персонала при основных критических /неотложных состояниях у пациентов. Документированные процедуры разработаны в соответствии с утвержденными Министерством здравоохранения КР приказами, рекомендациями,

клиническими руководствами/протоколами.

2. Документированные процедуры (инструкции, алгоритмы, протоколы) легкодоступны для лиц, оказывающих медицинскую помощь при критических /неотложных состояниях у пациентов (настенные постеры и/или письменный документ на рабочем месте).
3. Персонал, оказывающий медицинскую помощь при критических/неотложных состояниях у пациентов, прошел соответствующее обучение и владеет необходимыми навыками.
4. Необходимые медицинская техника, оборудование, лекарственные средства, лабораторная экспресс диагностика для пациентов с неотложными состояниями доступны 24 часа в сутки.
5. В родильных помещениях/залах, реанимации, палатах интенсивной терапии, имеются чек - листы с ежедневным отражением в нем процедуры проверки медицинской техники и оборудования, применяемых для проведения реанимационных мероприятий.
6. Имеется утвержденная документированная процедура по вызову старших медицинских специалистов, консультантов в случае необходимости.
7. В медицинских документах по ведению пациентов (история родов, история развития новорожденных, медицинская карта стационарного больного) имеются стандартные заполненные формы для документирования объема и видов оказанной медицинской помощи при критических /неотложных состояниях у пациентов.

Оценка выполнения стандарта.

1. В ОЗ проверяется наличие внутренних документированных процедур (алгоритмы, протоколы) по действиям персонала при основных неотложных состояниях у пациентов, проводится оценка их содержания и доступности для персонала в соответствии с требованиями стандарта.
2. Проводится проверка документов, подтверждающих прохождение медицинским персоналом необходимого обучения (специализации/усовершенствования).
3. Путем осмотра родильных помещений/залов, реанимации, палат интенсивной терапии, лаборатории проверяется/оценивается факт круглосуточной доступности необходимых медицинской техники, оборудования, лекарственных средств и лабораторной экспресс диагностики для пациентов с неотложными состояниями.
4. В родильных помещениях/залах, палатах интенсивной терапии, реанимации проверяется наличие чек листов с ежедневным отражением в нем процедуры проверки медицинской техники и оборудования, применяемых для лечения пациентов с неотложными состояниями.
5. Проверяется наличие утвержденной документированной процедуры по вызову старших медицинских специалистов и консультантов в случае необходимости.
4. Проводится экспертиза медицинской документации по ведению пациентов, в которых проверяется наличие стандартных форм с фиксацией объема и видов оказанной медицинской помощи при неотложных состояниях у пациентов.

Стандарт 3.41.(Б) Осуществляется четкая верификация участков тел пациентов при проведении медицинских вмешательств/процедур.

Требования стандарта.

1. Организация и медицинские работники несут правовую ответственность за ятрогенные ошибки.
2. Для предотвращения ятрогенных ошибок (неблагоприятные последствия медицинских вмешательств/процедур, осложнения медицинских вмешательств, развившиеся в результате как ошибочных, так и правильных действий медицинского персонала) в ОЗ **разработаны правила/документированная процедура, направленные на четкую верификацию/маркировку участка тела до проведения диагностической или лечебной процедуры (особенно хирургические манипуляции/вмешательства).**
3. В процесс маркировки вовлекается пациент. Участок тела для проведения диагностической или лечебной процедуры обозначается легкоузнаваемым знаком.

- Способ маркировки идентичен для всей организации. Маркировка производится лицом, которое непосредственно будет осуществлять вмешательство/процедуру, по возможности, когда пациент бодрствует и находится в ясном сознании. Знак маркировки виден после обработки и использования одежды, простыней и салфеток.
4. Маркировка участка тела до проведения диагностической или лечебной процедуры производится во всех случаях, когда на теле пациента необходима четкая идентификация латеральности (правой/левой), структуры (пальцы рук, ног, надрезы), уровня (позвоночный столб).

Оценка выполнения стандарта.

1. Проводится осмотр структурных подразделений, опрос и анкетирование персонала и пациентов по вопросам верификации/маркировки участка тела, подвергающемуся медицинскому вмешательству, оценивается факт выполнения требований стандарта.
2. Проверяется наличие правил/документированной процедуры, направленных на четкую верификацию/маркировку участка тела для проведения диагностической или лечебной процедуры.

Стандарт 3.42.(Б) Внедрены и соблюдаются правила и процедуры/процессы в области безопасности использования лекарственных препаратов, которые способствуют снижению осложнений медикаментозной терапии.

Требования стандарта.

1. Лекарственные препараты назначаются только квалифицированными и компетентными специалистами-врачами, которые несут ответственность за эффективность и безопасность медикаментозной терапии.
2. Соблюдается **пять правил** назначения лекарственных препаратов пациентам:
 - **назначение «правильному»** пациенту (четко идентифицированному по двум признакам – идентификаторам);
 - назначение **«правильного лекарственного препарата»** (препарата, указанного в назначении врача);
 - препарат назначается в **«правильной дозировке»** (в дозировке, указанной в назначении врача);
 - препарат назначается в **«правильное время»** (только в то время, какое указано в назначении врача),
 - препарат вводится **«правильным способом применения»** (способом, указанным в назначении врача).
3. Осуществляется документальная фиксация каждой принятой дозы лекарственного препарата.
4. Контейнеры/емкости для раздачи медикаментов, должным образом маркируются.
5. Внедрены и используются процессы (процедуры) с целью предотвращения ошибок назначения и применения лекарственных препаратов высокого риска, в том числе концентрированных растворов, препаратов похожих по виду и названию.
6. Все осложнения от медикаментозной терапии (побочные действия, неправильное лекарство, ошибки в дозировке и способе применения) зарегистрированы и оценены (расследованы /проанализированы) за определенный период времени (например, за год).
7. Результаты расследования/анализа осложнений медикаментозной терапии доведены до сведения персонала и используются для улучшения работы в области безопасности использования лекарственных препаратов.

Оценка выполнения стандарта.

1. Для оценки выполнения требований стандарта проводятся
 - опрос персонала;

- экспертиза соответствующей медицинской документации (листы назначения в медицинских картах, журналы регистрации процедур и выдачи медикаментов, документированные процедуры по безопасному и точному назначению и применению лекарственных препаратов, журналы регистрации осложнений медикаментозной терапии, протоколы расследования и отчет с анализом осложнений медикаментозной терапии);
- осмотр зон раздачи/введения лекарственных препаратов.

Стандарт 3.43(А) Осуществляются мероприятия направленные на минимизацию рисков оперативных вмешательств.

Требования стандарта.

1. Анестезиологические пособия и оперативные/хирургические вмешательства осуществляются компетентными и квалифицированными специалистами, имеющими коммуникативные навыки при работе в операционной, соответствующий уровень подготовки и опыт работы.
2. Для повышения безопасности и минимизации рисков оперативного вмешательства хирургическая бригада использует **контрольный перечень ВОЗ по хирургической безопасности, включающий:**
 - идентификация и верификация пациента и членов хирургической бригады;
 - идентификация и верификация места/участка операции;
 - ПАП;
 - имеющиеся риски и ожидаемые критические события;
 - наличие/заполнение соответствующих документов;
 - наличие/проверка медицинской техники;
 - учет/подсчет инструментов, тампонов, игл и др..
3. Во время проведения анестезии непрерывно осуществляется мониторинг физиологического состояния пациента. Результаты мониторинга отражаются в карте анестезиологического пособия **в режиме реального времени.**
4. Все осложнения от анестезиологических пособий и оперативных вмешательств зарегистрированы, расследованы /проанализированы за определенный период времени (например, за год).
5. Результаты расследования/анализа осложнений от анестезиологических пособий и оперативных вмешательств используются для улучшения работы.

Оценка выполнения стандарта.

Для оценки выполнения требований стандарта проводятся

- опрос/анкетирование медицинского персонала (хирургов, анестезиологов, операционной медицинской сестры);
- документы, подтверждающие квалификацию и компетентность специалистов – анестезиологов и хирургов, операционной медицинской сестры (дипломы и сертификаты о дипломном и последипломном образовании, личные дела и трудовые книжки);
- экспертиза медицинской документации (карты анестезиологических пособий, журналы регистрации осложнений от анестезиологических пособий и оперативных вмешательств, протоколы расследования/анализ осложнений от анестезиологических пособий и оперативных вмешательств).

Стандарт 3.44.(А) Лечение и уход за пациентами соответствует клиническим руководствам/протоколам.

Требования стандарта.

1. Лечение и уход за пациентом являются единым, интегрированным процессом направленных на достижение цели и ожидаемых результатов медицинского обслуживания.
2. Обеспечивается проведение адекватных лечебных мероприятий пациентам в соответствии с утвержденными клиническими руководствами/ протоколами.
3. Риски медицинского обслуживания связанные с медицинскими вмешательствами/процедурами, использованием медицинской техники, приемом лекарственных препаратов, сопутствующими заболеваниями и окружающей средой идентифицированы, оценены и управление этими рисками включено в план лечения и ухода за пациентом.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится экспертиза медицинских карт, оценивается выполнение требований стандарта.

Диагностические исследования

Стандарт 3.45.(Б) Выполняется минимально необходимый объем диагностических исследований.

Требование стандарта.

Минимально необходимый объем диагностических исследований включает:

- лабораторные исследования (общеклинические, гематологические, биохимические);
- рентгенологические исследования (рентгенография, рентгеноскопия, флюорография);
- ультразвуковое исследование брюшной полости и органов малого таза;
- электрокардиографическое исследование.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится обход диагностического отделения/диагностических кабинетов, оценивается выполнение требований стандарта.

Стандарт 3.46.(Б) Диагностические исследования и консультации проводятся квалифицированными лицами.

Требование стандарта.

Диагностические исследования и консультации осуществляются лицами, имеющими необходимое медицинское образование и последипломную подготовку, имеются подтверждающие документы (дипломы, сертификаты).

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие необходимого медицинского образования и последипломной подготовки у лиц проводящих диагностические исследования и осуществляющих консультации пациентов

Стандарт 3.47.(Б) Диагностические исследования и консультации проводятся по показаниям.

Требование стандарта.

1. Диагностические исследования и консультации узкими специалистами пациентам назначаются по показаниям, обоснованными в первичной медицинской документации по ведению пациентов.
2. Данные диагностических исследований и консультаций узкими специалистами

пациентов заносятся в **первичную медицинскую документацию по ведению пациентов** с указанием даты и времени получения, должным образом интерпретируются и используются для динамической клинической оценки состояния пациента и определения/ коррекции тактики лечения

Оценка выполнения стандарта.

Проводится экспертиза первичной медицинской документации по ведению пациентов (10 медицинских карт пациентов), оценивается:

- обоснованность назначения диагностических исследований и консультаций узкими специалистами;
- наличие и полнота интерпретации результатов диагностических исследований и консультаций узкими специалистами и использование их для динамической клинической оценки пациентов и внесения коррективы в тактику лечения.

Оценка выполнения стандарта рассчитывается по итогам экспертизы всех карт (средняя арифметическая) в соответствии с рангом стандарта.

Лаборатория преаналитические процедуры

Стандарт 3.48.(Б) Лаборатория предоставляет пользователям услуг необходимую информацию.

Требования стандарта.

1. Информация включает в себя:

- адрес, график/время работы лаборатории, время приема проб;
- перечень проводимых лабораторных исследований (виды услуг);
- прейскурант цен на услуги;
- время выдачи результатов;
- инструкцию по заполнению формы запроса (направления);
- инструкцию по подготовке пациента;
- инструкцию правилам взятия проб пациента;
- инструкцию по транспортировке проб, в том числе любые специальные требования по обращению с пробами;
- критерии лаборатории приема и отказа в приёме проб;
- доступность клинической консультации при назначении исследований и интерпретации их результатов;
- сведения о доступности клинической консультации при назначении исследования и интерпретации результатов;
- политика лаборатории в области защиты персональной информации;
- процедуры/действия лаборатории в отношении жалоб.

2. Вышеуказанная информация доступна для пользователей услуг, представлена на государственном и официальном языках в печатном и/или электронном формате на веб-сайте ОЗ/лаборатории, информационных стендах ОЗ/лаборатории, регулярно обновляется/актуализируется.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проводится изучение содержания интернет-сайта, информационных стендов.
2. Оценивается актуальность информации, ее доступность для пользователей услуг.

Стандарт 3.49.(Б) Форма запроса (направление) на исследование содержит необходимую информацию.

Требования стандарта.

1. Лаборатория использует утверждённую/унифицированную форму запроса (направления) на исследование, которое, по меньшей мере, содержит следующую информацию о:
 - пациенте (Ф.И.О.) или другие идентификационные данные, дату рождения, пол, адрес, номер телефона пациента, предполагаемый диагноз, примечание/дополнительные сведения о пациенте);
 - враче, направившего пациента на исследование (Ф.И.О, направившего врача, место работы и номер телефона врача), дату и время взятия пробы, подпись специалиста, проводившего взятие пробы;
 - типе первичной пробы и назначенном исследовании;
 - дате/времени, когда была собрана первичная проба;
 - дате/времени получения пробы;
 - о лаборатории (адрес или место размещения лаборатории, номер телефона лаборатории, график работы и приёма проб)

Оценка выполнения стандарта.

Проводится проверка наличия форм запроса (направлений) на исследование и оценивается полнота их соответствия требованиям стандарта.

Стандарт 3.50.(А) Лаборатория имеет утверждённую документированную процедуру по взятию первичной пробы/обращению с ней и обеспечивает её выполнение.

Требования стандарта.

1. В соответствии с национальными и международными нормативными документами документированная процедура по взятию первичной пробы/обращению с ней (СОП) содержит необходимую информацию по видам исследования:
 - подготовка пациента к взятию пробы;
 - тип и размер первичной пробы с описанием емкостей/контейнеров и необходимых добавок для пробы;
 - оптимальное время взятия пробы в зависимости от вида исследования с учетом факторов, влияющих на результат (например, прием лекарственных средств и т.п.).
1. В соответствии с национальными и международными нормативными документами документированная процедура/инструкция содержит необходимую информацию по взятию проб:
 - определение идентификации пациента у которого взята проба;
 - подтверждение соответствия пациента преаналитическим требованиям (состояние натошак, отмена/приостановка приема лекарств, взятие пробы в определенное время/интервал времени и др.);
 - формы подтверждения согласия пациента для некоторых типов проб;
 - технику взятия пробы,
 - правила маркировки проб, обеспечивающих прослеживаемость проб до пациента;
 - способ обращения с пробами (условия хранения) между временем отбора и временем поступления в лабораторию;
 - утилизация изделий медицинского назначения, использованных для взятия проб.
2. Документированная процедура/инструкция доступна сотрудникам, ответственным за взятие первичных проб (сотрудникам пунктов забора первичных проб), которые прошли соответствующее обучение и выполняют требования документированной процедуры/инструкции.

Оценка выполнения стандарта.

1. Изучается содержание документированной процедуры/инструкции по взятию первичной пробы и обращению с ней, оценивается ее содержание в соответствии с

- требованиями стандарта.
2. Проводится наблюдение за процессом работ по взятию первичных проб и обращению с ними, оценивается правильность выполнения документированной процедуры/инструкции сотрудниками пунктов забора первичных проб.
 3. Проверяется наличие документов (график, протоколы) о проведении обучения сотрудников пунктов забора процедуре взятия проб и обращению с ней.

Стандарт 3.51.(Б) Лаборатория имеет утверждённую документированную процедуру по транспортировке проб в лабораторию и обеспечивает её выполнение.

Требования стандарта.

1. В соответствии с национальными и международными нормативными документами документированная процедура (СОП) содержит требования и:
 - к упаковке по видам исследования и типу проб;
 - к температурному режиму и временному интервалу при транспортировке проб;
 - к безопасным условиям транспортировки проб для перевозчика, принимающей стороны и окружающей среды.
2. Лаборатория контролирует выполнение требований документированной процедуры по транспортировке проб в лабораторию.
3. Сотрудники пунктов забора и перевозчики обучены и выполняют требования документированной процедуры по транспортировке проб в лабораторию.

Оценка выполнения стандарта.

1. Оценивается содержание документированной процедуры по транспортировке проб в лабораторию в соответствии с требованием стандарта.
2. Проверяется наличие механизмов контроля выполнения требований документированной процедуры по транспортировке проб в лабораторию.
3. Проверяется наличие документов (график, протоколы, учебные материалы) о проведении обучения сотрудников пунктов забора правилам транспортировки проб в лабораторию.

Стандарт 3.52.(А) Лаборатория имеет утверждённую документированную процедуру по работе с поступившими в лабораторию пробами для проведения исследований и обеспечивает её выполнение.

Требования стандарта.

1. В соответствии с национальными и международными нормативными документами документированная процедура (СОП) содержит требования к:
 - прослеживаемости поступивших проб до пациента (до первичной пробы) с помощью направления и маркировки;
 - критериям приемлемости (приема) проб или отказа в приеме проб;
 - правилам регистрации проб в журналах регистрации и в компьютерной информационной системе лаборатории;
 - правилам сортировки и подготовки/обработки проб для проведения исследований;
 - правилам хранения проб до проведения исследований (дополнительных исследований).
2. Сотрудники лаборатории обучены и выполняют требования документированной процедуры.

Оценка выполнения стандарта.

1. Оценивается содержание документированной процедуры в соответствии с требованием стандарта.
2. Проверяется наличие документов (график, протоколы, учебные материалы) о

- проведения обучения сотрудников лаборатории по аспектам требований документированной процедуры. Проводится собеседование с сотрудниками на предмет знаний документированной процедуры.
3. Проверяется ведение записей о регистрации поступивших проб в журнале и/или компьютерной информационной системе лаборатории, сверяются дата и время забора пробы в формах запроса (направлений) с данными регистрации о времени доставки в лабораторию.
 4. Проверяется соответствующая документация (журнал регистрации проб, компьютерная информационная система лаборатории, бракеражный журнал и др.) Проводится наблюдение за процессом работ с поступившими в лабораторию пробами для проведения исследований, оценивается выполнение требований документированной процедуры.

аналитические процедуры

Стандарт 3.53.(А) Лаборатория использует только унифицированные методики исследования.

Требования стандарта.

1. Лаборатория использует унифицированные аналитические процедуры, которые отвечают потребностям пользователей лабораторных услуг, соответствуют сущности исследования и рекомендованы международными и национальными нормативными документами. Имеется список всех лабораторных методик с указанием нормативных документов, рекомендующих их использование.
2. Лаборатория пользуется методиками с указанием допустимых характеристик точности, правильности и воспроизводимости измерения, аналитической и диагностической специфичности и чувствительности, предела обнаружения и интервала измерения. Имеются инструкции к выполнению методик.
3. Не допускаются отклонения или изменения от методики.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие списка всех лабораторных методик с указанием нормативных документов, рекомендующих использование данных методик.
2. Проверяется наличие инструкций к выполнению методик, в которых указаны функциональные характеристики о точности, правильности и воспроизводимости измерения, аналитической и диагностической специфичности и чувствительности, пределе обнаружения, интервале измерения.

Стандарт 3.54.(А) Лаборатория имеет утверждённые стандартные операционные документированные процедуры для аналитических процессов.

Требования стандарта.

1. Руководство лаборатории обеспечивает наличие утвержденных, регулярно актуализируемых стандартных операционных документированных процедур (СОП) для аналитических процессов, включающих:
 - подготовку рабочих мест;
 - выполнение методик исследования (в соответствии с перечнем исследований в лаборатории);
 - проведение внутрилабораторного контроля качества и построение контрольных карт (по видам исследований);
 - правила оценки данных внутреннего контроля качества (по видам исследований);
 - правила оценки данных внешней оценки качества;
 - построение калибровочных графиков;

- записи и проверку результатов;
 - правила работы на лабораторных аппаратах и приборах (с конкретизацией по каждому аппарату/прибору);
 - правила работы с информационными системами лаборатории;
2. Содержание СОП для аналитических процессов соответствует международным и национальным рекомендациям и нормативным документам.
 3. Оригиналы СОП хранятся у руководителя лаборатории, а контролируемые копии на рабочих местах.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяются наличие СОП для всех аналитических процессов в соответствии с требованием стандарта, оригиналов у руководителя лаборатории, а контролируемых копий на рабочих местах.
2. Оценивается полнота содержания СОП в соответствии с международными и национальными рекомендациями и нормативными документами.
3. Проводится собеседование с персоналом лаборатории по выполнению СОП.

Стандарт 3.55.(А) Проводится контроль качества лабораторных исследований.

Требования стандарта.

1. Внедрен и функционирует внутрилабораторный контроль качества аналитических процедур (далее ВЛКК), который проводится по всем видам исследований с количественной (качественной) оценкой результатов и ведением соответствующей документации (контрольные карты)
2. Для проведения ВЛКК, в качестве контрольного материала, используются аттестованные значения концентраций аналитов (сертифицированные референтные материалы/ аттестованные стандартные образцы).
3. Результаты ВЛКК входят в интервал $X \pm 2S$.

Оценка выполнения стандарта.

1. На рабочих местах в лаборатории проверяется наличие контрольных карт на все выполняемые в лаборатории исследования, оценивается правильность их заполнения.
2. Оценивается контрольный материал для проведения ВЛКК в соответствии с требованием стандарта.
3. Оцениваются результаты ВЛКК в соответствии с требованием стандарта.

Стандарт 3.56.(А) Лаборатория участвует в программах внешней оценки качества или межлабораторных сличительных испытаниях.

Требование стандарта.

1. Лаборатория участвует в программах внешней оценки качества/профессионального тестирования (далее - ВОК) и/или межлабораторных сличительных испытаниях (далее - МЛСИ) не менее чем по 30% видам исследований, выполняемых в лаборатории.
2. Лаборатория анализирует результаты своего участия в программах ВОК и МСИ и осуществляет корректирующие действия, когда контрольные критерии не достигнуты (результаты ВОК и МЛСИ выходят за пределы $X \pm 2S$).
3. Руководство лаборатории отслеживает эффективность корректирующих действий.
4. Результаты участия в программах ВОК и МЛСИ обсуждаются с персоналом лаборатории.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется регулярность участия лаборатории в программах ВОК и/или МЛСИ не

- менее чем по 30% видам исследований, выполняемых в лаборатории.
2. Оцениваются показатели/результаты участия лаборатории в ежегодных программах ВОК и/или МЛСИ.
 3. Проверяется наличие плана корректирующих действий (в случае если контрольные критерии не достигнуты), оценивается его выполнение,
 4. Проверяется наличие протоколов по обсуждению результатов участия лаборатории в программах ВОК и МЛСИ.

постаналитические процедуры

Стандарт 3.57.(Б) Лаборатория обеспечивает рассмотрение результатов лабораторных исследований перед их выдачей.

Требования стандарта.

Уполномоченный персонал лаборатории систематически осуществляет процедуру рассмотрения/проверки результатов лабораторных исследований перед их выдачей путем их оценки в сравнении с ВЛКК, доступной клинической информацией и результатами предыдущих исследований.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится собеседование с уполномоченным персоналом лаборатории по выполнению требований стандарта.

Стандарт 3.58.(А) Отчеты о результатах лабораторных исследований соответствуют установленным требованиям.

Требования стандарта.

1. Отчет о результатах каждого лабораторного исследования точный, ясный, не допускает двойного толкования, соответствует специфическим инструкциям методики исследования и потребностям пользователей.
2. Формат отчета (электронный, бумажный) и способ его передачи из лаборатории соответствует потребностям пользователей.
3. Отчет о результатах лабораторных исследований зарегистрирован в журналах и/или в отчетной части ЛИС.
4. В соответствии с международными рекомендациями/требованиями отчет о результатах каждого лабораторного исследования содержит необходимую информацию для интерпретации результатов лабораторных исследований:
 - ясное указание на проведенное исследование;
 - наименование лаборатории;
 - идентификацию (ФИО или др.) и местонахождения пациента (если это возможно);
 - ФИО врача, направившего пациента на исследование;
 - дату и время взятия первичной пробы;
 - тип первичной пробы;
 - методика измерения;
 - результаты исследования, выраженные в единицах СИ или в единицах, сопоставимых с единицами СИ или в других приемлемых единицах;
 - биологические референтные интервалы, значения для принятия клинических решений или диаграммы/номограммы, поддерживающие значения для принятия клинических решений, если они применяются;
 - интерпретация результатов, когда это требуется;
 - идентификация лица, проверяющего результаты и уполномоченного выдавать отчеты;

- дату и время выдачи отчета .

Оценка выполнения стандарта.

Проверяются отчеты о результатах лабораторных исследований, оценивается выполнение требований стандарта

Стандарт 3.59.(Б) Выдача результатов лабораторных исследований соответствует установленным требованиям.

Требования стандарта.

1. В соответствии с национальными нормативными документами и международными рекомендациями/требованиями стандартная операционная документированная процедура (СОП) выдачи результатов лабораторных исследований включает:
 - требования указания в отчете (о результате лабораторных исследований) случаев, когда полученная первичная проба **непригодна** или может привести к **неверному результату**;
 - действия в случае, когда результаты исследования оказались в интервалах «тревожный» или «критический» (извещение врача, ведение соответствующих записей);
 - требования к изложению и передаче результатов лабораторных исследований (четко напечатаны/читабельные, без ошибок, сообщены лицу, уполномоченному получать и использовать информацию, формат/вид передачи информации);
 - требования о том, что результаты, имеющие серьезные последствия, не сообщались непосредственно пациенту без предоставления адекватной консультации.

Оценка выполнения стандарта.

1. Оценивается полнота содержания СОП в соответствии с требованиями стандарта.
2. Проводится собеседование с персоналом лаборатории по выполнению СОП.

Медицинские услуги эффективны

Стандарт 3.60.(Б) В Организации здравоохранения предоставляющей услуги по родовспоможению и услуги по уходу/наблюдению за новорожденными, отслеживается контрольный индикатор системы мониторинга связанного с грудным вскармливанием.

Требования стандарта.

1. ОЗ/Орган УК регулярно отслеживает контрольный индикатор связанный с грудным вскармливанием:
 - **раннее начало (в течение часа после родов) грудного вскармливания** (количество детей с ранним началом грудного вскармливания x 100% / общее количество родившихся детей). Значение индикатора составляет не менее 90%;
2. Информация о вышеуказанном контрольном индикаторе включается в первичную медицинскую документацию (история развития новорожденного) и отчетные данные ОЗ.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяются отчетные данные ОЗ (за предыдущий год), в которых оценивается значение вышеуказанного индикатора.
2. Выборочно проверяются истории развития новорожденного для оценки достоверности вышеуказанного индикатора в отчетных данных.

3. При показателе индикатора не менее того значения, который указан в требовании стандарта, выполнение стандарта оценивается максимальным баллом в соответствии с рангом стандарта (при условии выявленной достоверности индикатора).
4. При снижении значения показателя индикатора, оценка выполнения стандарта снижается на каждый последующий балл по четырех балльной шкале оценки в соответствии с рангом стандарта в зависимости от степени снижения значения показателя индикатора.
5. В случае выявления недостоверности вышеуказанного индикатора в отчетных данных, выполнение стандарта оценивается 0 баллов.

Стандарт 3.61.(Б) Показатель перинатальной смертности среди новорожденных с весом 2500 грамм и выше имеет достоверную тенденцию к снижению.

Требования стандарта.

Качество медицинских услуг способствует выживаемости новорожденных детей. Показатель перинатальной смертности среди новорожденных с весом 2500 грамм и выше имеет достоверную тенденцию к снижению.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится сравнительная оценка (за три последние года) показателя перинатальной смертности среди новорожденных с весом 2500 грамм и выше.

Стандарт 3.62. (Б) Уровень послеродовых массивных кровопотерь (более 1 литра) имеет тенденцию к снижению.

Требования стандарта.

Медицинская помощь при послеродовых кровотечениях адекватна и предотвращает массивные кровопотери, ведущие к случаям материнской смертности.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится сравнительная оценка (за три последние года) индикатора - процент послеродовых массивных кровопотерь (более 1 литра) **(количество пациентов с послеродовым кровотечением свыше одного литра x 100% / количество всех пациентов с послеродовым кровотечением).**

Стандарт 3.63.(Б) Нет послеоперационных осложнений и послеоперационной летальности.

Требования стандарта.

Качество проводимых оперативных вмешательств и послеоперационный уход обеспечивают отсутствие послеоперационных осложнений и послеоперационной летальности.

Оценка выполнения стандарта.

Оцениваются индикаторы за предыдущий год:

- процент послеоперационных осложнений (количество послеоперационных осложнений x 100% / общее количество прооперированных пациентов);
- процент послеоперационной летальности (количество больных умерших после операций x 100% / общее количество прооперированных пациентов).

Оценивается значение индикаторов, при показателе индикаторов не менее 100%, 90-99%, 80-89%, и менее 80%, оценка стандарта снижается на каждый последующий балл по четырех балльной шкале оценки в соответствии с рангом стандарта

Примечание: В данном стандарте не учитываются инфекционные осложнения оперативных вмешательств.

Стандарт 3.64.(Б) Проводится профилактика гнойно-септических осложнений после медицинского аборта.

Требования стандарта.

Нет септических осложнений после медицинского аборта. С целью предупреждений септических осложнений после медицинского аборта, процедура медицинского аборта проводится методом ручной вакуум-аспирации (РВА) и проводится предоперационная профилактика антибиотиками (ПАП) в соответствии с клиническим протоколом.

Оценка выполнения стандарта.

Оценивается значение индикатора - % аборт, выполненных РВА с ПАП (количество пациентов с медицинскими абортами, методом РВА с ПАП x 100% / общее количество пациентов с медицинскими абортами). При показателе индикатора не менее 80-100%, 60-79%, 50-59%, и менее 50%, оценка стандарта снижается на каждый последующий балл по четырех балльной шкале оценки в соответствии с рангом стандарта.

Выборочно проводится экспертиза 5-ти случаев медицинских аборт (по медицинским картам), для оценки достоверности представленных сведений по проведению медицинских аборт методом РВА с ПАП.

Стандарт 3.65.(Б) Проводится профилактика возникновения гнойно-септических осложнений после оперативных вмешательств.

Требования стандарта.

Нет септических осложнений после оперативных вмешательств. Для профилактики септических осложнений после оперативных вмешательств проводится 100% предоперационная (или при проведении операций) профилактика антибиотиками (ПАП).

Оценка выполнения стандарта.

1. Оценивается значение индикатора - % ПАП при оперативных вмешательствах (количество пациентов с оперативными вмешательствами, которым проведена ПАП x 100% / общее количество пациентов с оперативными вмешательствами). При показателе индикатора не менее 100% стандарт оценивается максимальным баллом. При соответствии требованию стандарта 80-99%, 60-79%, и менее 60%, оценка стандарта снижается на каждый последующий балл по четырех балльной шкале оценки в соответствии с рангом стандарта.
2. Выборочно проводится экспертиза 5-ти случаев оперативных вмешательств (по медицинским картам), для оценки достоверности представленных сведений по проведению ПАП при оперативных вмешательствах.

Стандарт 3.66.(Б) Нет осложнений от медикаментозной анестезии (анестезиологических пособий) у пациентов.

Требования стандарта.

Проведение идентификации и оценки анестезиологических рисков у пациентов, выполнение правил и процедур/процессов по хирургической безопасности, в том числе при оказании анестезиологических пособий, направленных на минимизацию рисков, способствуют отсутствию (снижению) осложнений от медикаментозной анестезии (анестезиологических пособий) у пациентов.

Оценка выполнения стандарта.

Для оценки стандарта проводится сравнительная оценка (за последние три года) индикатора:

- процент осложнения от медикаментозной анестезии (количество осложнений от медикаментозной анестезии $\times 100\%$ / общее количество прооперированных пациентов).

Стандарт 3.67.(Б) Нет осложнений от медикаментозной терапии у пациентов.

Требования стандарта.

Эффективный медикаментозный менеджмент, соблюдение правил и процедур/процессов в области безопасности использования лекарственных препаратов в организации здравоохранения, направленных на минимизацию медикаментозных рисков, способствуют отсутствию (снижению) осложнений медикаментозной терапии у пациентов.

Оценка выполнения стандарта.

Для оценки стандарта проводится сравнительная оценка (за последние три года) индикатора:

- процент осложнений от медикаментозной терапии (количество медикаментозных осложнений $\times 100\%$ / общее количество пролеченных пациентов).

Качество питания

Стандарт 3.68.(В) Осуществляется проверка и оценка рационального использования и качества продуктов питания, поступающих на пищеблок.

Требования стандарта.

1. Продукты питания, поступающие на пищеблок, сопровождаются документами, удостоверяющими их качество и безопасность. В сопровождающих документах указаны дата выработки сроки и условия годности продуктов.
2. Врач-диетолог (диетсестра) регулярно проверяет и оценивает рациональность использования продуктов питания, проводит органолептическую оценку поступивших продуктов и делает запись в журнале бракеража поступивших продуктов питания об их пригодности (непригодности) для приготовления пищи.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие документов на поступившие продукты питания и необходимых сведений о продуктах в сопровождающих документах, журнала бракеража поступающих продуктов и записей о пригодности (непригодности) поступивших продуктов в журнале бракеража.

Стандарт 3.69.(В) Осуществляется контроль качества приготовленных блюд.

Требования стандарта.

1. Выдача готовой пищи пациентам осуществляется только после снятия пробы членами бракеражной комиссии, созданной приказом руководителя ОЗ с целью оценки органолептических показателей и качества блюд. Результат бракеража регистрируются в журнале бракеража готовой пищи. При нарушении технологии приготовления пищи, а также в случае неготовности, блюдо к выдаче не допускается до устранения выявленных кулинарных недостатков.
2. Кроме того, в целях контроля за доброкачественностью и безопасностью приготовленной пищи на пищеблоках ОЗ отбирается суточная проба от каждой партии приготовленных блюд в специально выделенные стерильные и промаркированные

емкости с плотно закрывающимися крышками, которые хранятся не менее 48 часов в специально отведенном в холодильнике месте при температуре +2-+6 градусов Цельсия.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие приказа о создании бракеражной комиссии, журналов бракеража готовой пищи, изучаются записи в вышеуказанном журнале. Проверяется наличие процедуры отбора суточных проб.

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

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

Требование стандарта.

1. К территории ОЗ прилегают удобные подъездные пути с асфальтированным покрытием без дефектов.
2. Имеются площадки/места для парковки автотранспорта пациентов, посетителей и персонала, их площадь позволяет безопасно парковать автотранспорт и не загромождать проезжую часть.
3. Имеется место (гараж и асфальтированные площадки) для парковки автотранспорта ОЗ.
4. На территорию ОЗ запрещен въезд личного автотранспорта пациентов, посетителей и персонала. Имеются соответствующие запрещающие знаки и управляемые конструкции, ограничивающие въезд.

Оценка выполнения стандарта.

Путем визуального осмотра оцениваются на предмет соответствия требованиям стандарта:

- подъездные пути;
- площадки/места для парковки автотранспорта пациентов, посетителей и персонала;
- место (гараж и асфальтированные площадки) для парковки автотранспорта ОЗ;
- запрет на въезд личного автотранспорта пациентов, посетителей и персонала.

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

Требование стандарта.

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

1. Земельный участок, на котором размещен ОЗ сухой, находится вдали от источников загрязнения атмосферного воздуха.
2. Территория ОЗ ограждена, благоустроена, озеленена, освещена.
3. Через территорию ОЗ не проходят магистральные инженерные коммуникации городского (сельского) назначения (водоснабжение, канализация, теплоснабжение, электроснабжение).

Оценка выполнения стандарта.

Проводится обход территории ОЗ, 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, зданий (помещений) с документированием результатов и решений, направленных на устранение выявленных недостатков;
2. Организацию проведения необходимых лабораторно-инструментальных исследований/измерений в отделениях/кабинетах ОЗ (микробиологический контроль циркуляции штаммов инфекций, радиационный контроль в рентгеновском кабинете, 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;
 - меры по приведению в соответствие с установленными требованиями нагрузки на диагностическое оборудование;
 - 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 и калибровки средств измерения.

Требования стандарта.

1. 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.
2. В лаборатории силами сотрудников регулярно проводится внутренняя калибровка СИ (порядок подготовки/настройки приборов/аппаратов к работе, проверка воспроизводимости и точности), в том числе после ремонта, результаты проверки документируют и анализируют.
3. Имеется утвержденная СОП по правилам внутренней калибровки СИ (конкретно по каждому аппарату/прибору).

Оценка выполнения стандарта.

1. 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
2. В лаборатории проверяется наличие СОП по правилам внутренней калибровки СИ и документов о проведении калибровки лабораторных СИ в соответствии с документированной процедурой (СОП).

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

Требование стандарта.

1. Все служебные помещения закрываются на ключ. Окна и двери кассы, диагностических кабинетов, 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). 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 ОЗ соответствуют гигиеническим требованиям.

Требования стандарта.

1. В соответствии с установленными требованиями нормативных правовых документов системы здравоохранения (СанПиН и др.) КР, структура ОЗ и планировка его 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 ОЗ соответствует требованиям действующих нормативных документов.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится обход ОЗ, 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) Внешняя отделка зданий и внутренняя отделка помещений соответствует гигиеническим требованиям.

Требования стандарта.

1. Внешняя отделка здания ОЗ 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 (операционные, предоперационные, манипуляционные/перевязочные, родовые, процедурные, ванны, душевые, 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 ОЗ, оценивается выполнение требований стандарта.

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

Требования стандарта.

1. В ОЗ имеется система:

- холодного водоснабжения (предусматривается в палатах для пациентов, кабинетах для приема пациентов, процедурных, прививочных, операционных, манипуляционных, родовых палатах/блоках, комнатах для гигиены, санитарных пропускниках, ваннах/душевых, туалетах и вспомогательных помещениях, требующих мытья рук персонала). При наличии в учреждении собственного источника водоснабжения водопотребление возможно при наличии санитарно-эпидемиологического заключения на данный источник;
 - горячего водоснабжения (предусматривается в палатах для пациентов, кабинетах для приема пациентов, процедурных, прививочных, операционных, манипуляционных, родовых палатах/блоках, комнатах для гигиены, санитарных пропускниках, ваннах/душевых, 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 ОЗ, оценивается выполнение требований стандарта.

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

Требование стандарта.

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

Оценка выполнения стандарта.

1. В структурных подразделениях ОЗ проверяется наличие документации о прохождении инструктажа по правилам противопожарной безопасности на рабочих местах, инструкции по противопожарной безопасности.

2. Проводится обход территории и структурных подразделений ОЗ, оценивается наличие схем 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 ОЗ имеется система управления запасами медицинской техники, диагностических и расходных материалов для диагностических исследований.

Требования стандарта.

1. ОЗ планирует и осуществляет закупки, модернизацию и замену медицинской техники.
 - для адекватного обеспечения оказываемых видов 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. Имеется достаточный запас лабораторных реактивов, диагностических препаратов и реагентов, рентгеновской пленки, бумаги для диагностической аппаратуры и для бесперебойной деятельности ОЗ, имеются соответствующие расчеты.
5. 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. Оценивается наличие достаточного запаса лабораторных реактивов, диагностических препаратов и реагентов, рентгеновской пленки, бумаги для диагностической аппаратуры и расходных медицинских материалов, для бесперебойной деятельности учреждения с соответствующими расчетами.
4. 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 вакцин.

Требование стандарта.

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

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие необходимого запаса необходимого перечня лекарственных препаратов и вакцин, оценивается соответствие его объема для обеспечения бесперебойной работы ОЗ.

Стандарт 4.16. (А) Организация здравоохранения обеспечивает наличие необходимого запаса компонентов крови на случаи возникновения критических ситуаций у пациентов.

Требование стандарта.

В отделении трансфузиологии (кабинете трансфузионной терапии) имеется минимальный запас компонентов крови на случаи возникновения экстренных/критических ситуаций у пациентов:

- по 1 дозе каждой группы эритроцитной массы резус положительный;
- по 1 дозе каждой группы эритроцитной массы резус отрицательный;
- по 1 дозе каждой группы свежезамороженной плазмы.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие запаса компонентов крови в отделении трансфузиологии, (кабинете трансфузионной терапии) ОЗ, оценивается соответствие его объема в соответствии с требованием стандарта.

Стандарт 4.17.(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, перевязочный материал, системы для переливания, 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 4.18.(А) Имеется система круглосуточной бесперебойной подачи кислорода и сжатого воздуха.

Требование стандарта.

1. В операционной, отделениях реанимации/ПИТ, родильных блоках/палатах ОЗ имеется подводка кислорода с флуометром (концентратор кислорода или центральная подача кислорода) и мобильные компрессоры сжатого воздуха.
2. Подводка/наличие кислорода обеспечивается круглосуточно.
3. Для экстренных/чрезвычайных ситуаций в ОЗ имеются дополнительные источники кислорода и сжатого воздуха.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проводится обход вышеуказанных помещений ОЗ, оценивается наличие круглосуточной бесперебойной/исправной системы подачи кислорода и сжатого воздуха.
2. Проверяется наличие дополнительных источников кислорода и сжатого воздуха на случай экстренных/чрезвычайных ситуаций.

Примечание: стандарт оценивается «0» баллов, если не обеспечивается подводка кислорода в вышеуказанные отделения/помещения круглосуточно.

Стандарт 4.19.(В). Имеется необходимый набор твердого инвентаря бытового и медицинского назначения.

Требование стандарта.

В соответствии с Приложением к стандартам в ОЗ 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 ОЗ проводится осмотр всех видов твёрдого инвентаря в соответствии с **Приложением к стандартам**. Оценивается наличие необходимого количества инвентаря и его состояние (степень изношенности).

Стандарт 4.20.(А) Имеется достаточное количество мыло - моющих и дезинфицирующих средств.

Требование стандарта.

На складе ОЗ 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 ОЗ.

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 ОЗ, оценивается адекватность их запаса.

Стандарт 4.21.(В) Обеспечивается наличие необходимого запаса продуктов питания.

Требование стандарта.

Имеются необходимый набор (мука, хлебобулочные и макаронные изделия, крупы, сливочное и растительное масла, овощи, сахар, соль, мясо, молочные продукты и др.) и месячный запас продуктов питания, соответствующих гигиеническим требованиям и обеспечивающих полноценное питание пациентов и приготовление диетических столов.

Оценка выполнения стандарта.

Осматриваются продуктовые склады, оценивается наличие необходимого набора и запаса продуктов питания.

Стандарт 4.22.(А) Хранение легковоспламеняющихся веществ и газовых емкостей безопасно.

Требование стандарта.

Имеются герметические емкости и запирающиеся помещения для хранения бензина, керосина, солянки, спирта и эфира. На территории ОЗ имеются специально выделенные места для установления газовых емкостей (баллонов), они находятся в специальных ящиках или ограждениях, которые закрываются на ключ и недоступны для посторонних лиц. Имеются таблички с информацией.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится осмотр мест хранения легковоспламеняющихся веществ и газовых емкостей (баллонов). Оцениваются условия их хранения в соответствии с требованиями стандарта.

Стандарт 4.23.(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 (склад, 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;
 - помещение для персонала.
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 4.24.(Б) Для проведения работ по предстерилизационной очистке и стерилизации имеется типовое помещение и техническое оснащение.

Требования стандарта.

1. Работы по предстерилизационной очистке и стерилизации в больнице проводятся только централизованно - в ЦСО, которое состоит из следующих помещений:
 - 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..

2. При использовании ОЗ незначительного количество медицинского инструментария, помещение для стерилизации ИМН ЦСО может состоять из двух комнат:
 - моечная не менее 4 кв.м.;
 - стерилизационная- 4-9 кв.м., в зависимости от объема используемого автоклава.
3. В ЦСО имеются изделия медицинского назначения и инвентарь в соответствии с **Приложением к стандартам.**

Оценка выполнения стандарта.

Проводится осмотр помещений и оснащения ЦСО, оценивается соответствие требованиям стандарта.

Стандарт 4.25.(В) В пищеблоке имеются необходимые помещения и техническое оснащение.

Требования стандарта.

1. Пищеблок расположен в типовом здании.
2. В пищеблоке имеется необходимый набор цехов/помещений:
 - кабинет заведующего производством;
 - комната врача или медицинской сестры диетического питания.
 - **Производственные помещения:**
 - ✓ помещение первичной обработки овощей и заготовки овощей;
 - ✓ помещение заготовки мяса и птицы;
 - ✓ варочный цех;
 - ✓ помещение для приготовления мучных полуфабрикатов;
 - ✓ моечная кухонной посуды;
 - ✓ кладовая суточного запаса;
 - ✓ помещение выдачи готовых блюд (с наружным входом);
 - ✓ помещение для обработки, хранения уборочной техники и инвентаря
 - **Складские помещения;**
 - ✓ холодильники и морозильные камеры для хранения скоропортящихся продуктов (мяса, рыбы, молочных продуктов, яиц, фруктов и зелени, консервов);
 - ✓ кладовая сухих продуктов и бакалеи;
 - ✓ кладовая хлеба;
 - ✓ кладовая овощей;
 - ✓ кладовая белья;
 - ✓ кладовая инвентаря;
 - ✓ помещение хранения и мытья тележек и тары;
 - ✓ помещение для централизованного приготовления дезинфицирующих растворов.
3. Имеется необходимое оборудование и инвентарь в соответствии с **Приложением к стандартам.**

Оценка выполнения стандарта.

Проводится осмотр пищеблока, оценивается соответствие набора производственных цехов, складских помещений, оборудования и инвентаря требованиям стандарта.

Стандарт 4.26.(В) В стационарных подразделениях имеются буфетные-раздаточные.

Требования стандарта.

В каждом стационарном подразделении ОЗ имеется буфетная – раздаточная, которая состоит из двух помещений: для раздачи пищи (не менее 9 кв. м.) и для мытья посуды (не менее 6 кв.м.). Помещение для мытья посуды оборудовано моечными ваннами (не менее 2 моечных ванн для ручной обработки посуды) с подводкой к ним холодной и горячей воды со смесителем. В буфетной – раздаточной имеются холодильники,

оборудование для разогревания пищи, промаркированная кухонная, столовая и чайная посуда, а также столовые приборы.

Оценка выполнения стандарта.

В стационарных подразделениях ОЗ проводится осмотр помещений и оснащения буфетных – раздаточных, оценивается соответствие требованиям стандарта.

Стандарт 4.27.(Б) Имеются необходимые помещения и оснащение в прачечной.

Требование стандарта.

1. В прачечной имеется необходимый набор цехов/помещений:
 - кабинет для персонала;
 - помещение приема, сортировки и хранения неинфицированного белья;
 - стиральный цех;
 - сушильно-гладильный цех;
 - помещение разборки, починки, упаковки и хранения белья;
 - помещение выдачи белья;
 - кладовая для мыломоющих средств.
2. Имеется необходимое оборудование и инвентарь в соответствии с **Приложением к стандартам.**

Оценка выполнения стандарта.

Проводится обход прачечной, в процессе которого оценивается соответствие требованиям стандарта.

Стандарт 4.28.(Б) Имеются необходимые помещения и оснащение в пункте автоклавирования медицинских отходов.

Требование стандарта.

1. В пункте автоклавирования (обезвреживания) медицинских отходов предусмотрены:
 - зона приема/ регистрации отходов;
 - зона взвешивания и хранения опасных отходов;
 - зона стерилизации отходов или собственно автоклавная;
 - место для мытья транспортной упаковки;
 - зона хранения чистого оборудования и обработанных отходов.
2. Имеется необходимое оборудование и инвентарь в соответствии с **Приложением к стандартам.**

Оценка выполнения стандарта.

Проводится обход пункта автоклавирования медицинских отходов, в процессе которого оценивается соответствие требованиям стандарта.

Стандарт 4.29.(Б) Имеются необходимые помещения и оснащение в аптечном складе.

Требование стандарта.

1. В аптечном складе ОЗ имеется:
 - кабинет для персонала;
 - **Помещения для хранения:**
 - ✓ готовых лекарственных препаратов;
 - ✓ сильнодействующих, ядовитых лекарственных средств, включенных в список, утвержденный Постоянным комитетом по контролю наркотиков, а также наркотических лекарственных средств и психотропных веществ;

- ✓ лекарственных веществ (сухих, жидких), требующих особого температурного режима, медицинских иммунологических препаратов;
 - ✓ кислот, легковоспламеняющихся и горючих жидкостей, включая лекарственные средства на спиртах и маслах;
 - ✓ предметов медицинского назначения (стерильного и не стерильного перевязочного материала, медицинского инструментария, предметов ухода за больными, санитарии и гигиены);
 - ✓ стекла, тары, хозяйственных средств и вспомогательных материалов.
2. Имеется необходимое оборудование и инвентарь в соответствии с **Приложением к стандартам**.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится обход аптечного склада ОЗ, оценивается соответствие требованиям стандарта.

Стандарт 4.30.(Б) В лаборатории организации здравоохранения имеются необходимые помещения и оснащение.

Требования стандарта.

1. В лаборатории имеется необходимый набор рабочих и вспомогательных помещений:
 - гардероб;
 - кабинет для врачей;
 - кабинет старшей лаборантки;
 - комната отдыха и приема пищи;
 - комната приема и регистрации биологического материала;
 - **рабочие кабинеты в зависимости от видов выполняемых лабораторных исследований:**
 - кабинет клинических исследований;
 - кабинет гематологических исследований;
 - кабинет биохимических исследований;
 - кабинет серологических исследований;
 - стерилизационный кабинет (при необходимости);
 - моечная;
 - технические помещения.
2. Площадь помещений лаборатории соответствует требованиям действующих нормативных правовых документов (СанПиН и др.).
3. В лаборатории имеется необходимое оснащение в соответствии с проводимыми видами диагностических лабораторных исследований (**Приложение к стандартам**).

Оценка выполнения стандарта.

Проводится обход/осмотр помещений и оснащения лаборатории, оценивается соответствие требованиям стандарта.

Стандарт 4.31.(Б) Имеются необходимые помещения и оснащение в диагностическом отделении/диагностических кабинетах (кабинеты УЗИ, эндоскопических и рентгеновских исследований).

Требование стандарта.

1. В кабинетах УЗИ и эндоскопических исследований имеются следующие помещения:
 - помещение для ожидания;
 - кабинет врача;
 - процедурные/манипуляционные для проведения УЗИ и эндоскопических исследований;

- вспомогательные/технические помещения.
2. В рентгеновском кабинете имеется:
 - помещение для ожидания;
 - кабинет врача;
 - процедурная;
 - фотолаборатория с моечной (кроме цифровых аппаратов);
 - комната управления рентгеновским аппаратом;
 - вспомогательные/технические помещения.
 3. Имеется необходимое оснащение в соответствии с **Приложением к стандартам.**

Оценка выполнения стандарта.

Проводится обход/осмотр помещений кабинетов функциональной диагностики, УЗИ, эндоскопии и рентгеновских исследований, в процессе которого оценивается соответствие требованиям стандарта.

Стандарт 4.32.(Б) Имеются необходимые помещения и оснащение в приемно-смотровых отделениях.

Требования стандарта.

1. В приемно-смотровых отделениях ОЗ для беременных, рожениц и пациентов с гинекологическими заболеваниями имеется:
 - комната ожидания для пациентов;
 - приемно-смотровое помещение;
 - санитарный узел;
 - душевая (ванная);
2. Имеется необходимое оснащение в соответствии с **Приложением к стандартам.**

Оценка выполнения стандарта.

Проводится осмотр помещений и оснащения приемно-смотровых отделений ОЗ для беременных, рожениц и пациентов с гинекологическими заболеваниями в процессе, которого оценивается соответствие требованиям стандарта.

Стандарт 4.33.(Б) Имеются необходимые помещения и оснащение в операционном блоке.

Требование стандарта.

1. В операционном блоке имеются:
 - предоперационная;
 - операционная;
 - материальная;
 - комната персонала (раздевалка);
 - вспомогательные/технические помещения.
2. Имеется перечень изделий медицинского назначения в соответствии с **Приложением к стандартам.**

Оценка выполнения стандарта.

Проводится обход операционного блока, в процессе которого оценивается соответствие требованиям стандарта.

Стандарт 4.34.(Б) Имеются необходимые помещения и оснащение в отделении анестезиологии и реанимации/ палатах интенсивной терапии.

Требование стандарта.

1. В отделении анестезиологии и реанимации/палатах интенсивной терапии имеются следующие помещения:
 - реанимационный зал;
 - реанимационные палаты для больных;
 - кабинет для хранения стерильного перевязочного материала и инструментария, трансфузионных систем, наборов для катетеризации центральных вен, эпидурального пространства, венесекции, коникотомии, трахеостомии, спинальной пункции и др;
 - помещение для хранения медикаментов, инфузионных сред;
 - кабинет для врачей (ординаторская);
 - кабинет сестры хозяйки;
 - кабинет старшей медицинской сестры;
 - помещение для дежурного персонала, предусматривающее возможность кратковременного отдыха и принятия горячей пищи в течение суток;
 - вспомогательные/технические помещения.
2. В отделении анестезиологии и реанимации/палатах интенсивной терапии имеется перечень изделий медицинского назначения в соответствии с **Приложением к стандартам.**

Оценка выполнения стандарта.

Проводится обход отделения анестезиологии и реанимации/палат интенсивной терапии, в процессе которого оценивается соответствие требованиям стандарта.

Стандарт 4.35.(Б) Имеются необходимые помещения и оснащение в родильном отделении, Отделении совместного пребывания матери и ребенка и отделения новорожденных.

Требования стандарта.

1. В родильном отделении, отделении совместного пребывания матери и ребенка (послеродовом отделении, отделении «Мать и дитя») и отделения новорожденных имеются необходимые помещения в соответствии с нормативными документами системы здравоохранения:
 - родильный зал (родильные палаты);
 - палаты совместного пребывания матери и ребенка;
 - палаты для пациентов;
 - процедурный кабинет;
 - смотровая для проведения диагностических манипуляций и процедур;
 - перевязочная;
 - прививочный кабинет;
 - кабинет для хранения стерильных инструментов, лекарственных препаратов, шовного материала, бикса для оказания экстренной помощи;
 - кабинет функциональной диагностики;
 - палата (раздевалка) для посетителей;
 - ординаторская;
 - кабинет старшей медицинской сестры;
 - кабинет сестры хозяйки;
 - комната среднего и младшего медицинского персонала;
 - помещение для дежурного персонала, предусматривающее возможность кратковременного отдыха и принятия горячей пищи в течение суток;
 - вспомогательные/технические помещения.

2. В родильном отделении имеется перечень изделий медицинского назначения в соответствии с **Приложением к стандартам**.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится обход родильного отделения, в процессе которого оценивается соответствие требованиям стандарта.

Стандарт 4.36.(Б) Имеются необходимые помещения и оснащение в отделении патологии беременных.

Требование стандарта.

1. В отделении патологии беременных имеются необходимые помещения в соответствии с нормативными документами системы здравоохранения:
 - палаты для пациентов;
 - смотровой кабинет;
 - процедурный кабинет;
 - ординаторская;
 - кабинет сестры хозяйки;
 - кабинет старшей медицинской сестры;
 - комната среднего и младшего медицинского персонала;
 - комната для посетителей и досуга пациентов;
 - вспомогательные/технические помещения.
2. В отделении патологии беременных имеется перечень изделий медицинского назначения в соответствии с **Приложением к стандартам**.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится обход отделения патологии беременных, в процессе которого оценивается соответствие требованиям стандарта.

Стандарт 4.37.(Б) Имеются необходимые помещения и оснащение в отделении оперативной гинекологии.

Требование стандарта.

1. В отделение оперативной гинекологии имеется:
 - палаты для пациентов;
 - смотровой кабинет;
 - манипуляционная;
 - процедурный кабинет;
 - ординаторская;
 - кабинет сестры хозяйки;
 - кабинет старшей медицинской сестры;
 - комната среднего и младшего медицинского персонала;
 - комната для посетителей и досуга пациентов;
 - вспомогательные/технические помещения.
2. В отделении оперативной гинекологии имеется перечень изделий медицинского назначения в соответствии с **Приложением к стандартам**.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится обход отделения оперативной гинекологии, в процессе которого оценивается соответствие требованиям стандарта.

Стандарт 4.38.(Б) Имеются необходимые помещения и оснащение в отделении

патологии новорожденных и выхаживания недоношенных.

Требование стандарта.

1. В отделении патологии новорожденных и выхаживания недоношенных имеется:
 - палаты для больных новорожденных;
 - палаты совместного пребывания матери ребенка (больного или недоношенного);
 - процедурный кабинет;
 - ординаторская;
 - кабинет сестры хозяйки;
 - кабинет старшей медицинской сестры;
 - комната среднего и младшего медицинского персонала.
 - вспомогательные/технические помещения.
2. В отделении патологии новорожденных и выхаживания недоношенных имеется перечень изделий медицинского назначения в соответствии с **Приложением к стандартам**.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится обход отделения патологии новорожденных и выхаживания недоношенных, в процессе которого оценивается соответствие требованиям стандарта.

Стандарт 4.43.(Б) Имеются туалеты для пациентов и персонала.

Требования стандарта.

1. В ОЗ 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 4.44.(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 4.45.(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.

ПРИЛОЖЕНИЕ К СТАНДАРТАМ

**ОСНАЩЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ И БЫТОВОЙ МЕБЕЛЬЮ
(стандарт 4.19)**

| № п/п | Наименование набора/комплектация | Самооценка стандарта ОЗ в баллах (0, 1, 2, 3), или «не применимо» | Оценка стандарта экспертом в баллах (0, 1, 2, 3), или «не применимо» |
|---|--|---|--|
| Отделения/кабинеты медицинского назначения | | | |
| 1. | Кушетки медицинские | | |
| 2. | Стол�ы медицинские для врачебного персонала | | |
| 3. | Стол�ы медицинские для среднего медицинского персонала | | |
| 4. | Стул�ья медицинские для врачебного персонала | | |
| 5. | Стол�ы и кушетки массажные | | |
| 6. | Стол�ы/подставки для медицинской техники | | |
| 7. | Стол�ы упаковочный и для обработки | | |
| 8. | Процедурные (манипуляционные) столы | | |
| 9. | Стеллажи для хранения лекарственных средств, медицинских материалов, емкостей и др. | | |
| 10. | Стул�ья медицинские для среднего медицинского персонала | | |
| 11. | Стул�ья медицинские для пациентов | | |
| 12. | Ширмы медицинские | | |
| 13. | Шкафы медицинские для документации | | |
| 14. | Шкафы медицинские для одежды | | |
| Палаты для пациентов | | | |
| 1. | Кровати (не менее полутороспальных, могут быть деревянные) для матерей и новорожденных с большими матрацами обеспеченными защитными клеенчатыми сменными чехлами | | |
| 2. | Передвижные кроватки для новорожденных, в том числе с подогревом (или матрас с подогревом) для больных и недоношенных новорожденных | | |
| 3. | Пеленальные столы, в том числе с подогревом для больных и недоношенных новорожденных | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 4. | Стулья медицинские для пациентов и посетителей | | |
| 5. | Столы | | |
| 6. | Регулируемые стулья для кормления детей | | |
| 7. | Тумбы медицинские прикроватные | | |
| 8. | Шкафы для хранения личных вещей пациентов | | |
| 9. | Бытовые холодильники | | |
| Административные и хозяйственные помещения | | | |
| 1. | Столы офисные | | |
| 2. | Стулья офисные | | |
| 3. | Шкафы офисные для документации | | |
| 4. | Шкафы офисные для одежды | | |
| Кабинет сестры-хозяйки | | | |
| 1. | Комплект стеллажей для белья | | |
| 2. | Тележка медицинская многофункциональная | | |
| 3. | Стол медицинский | | |
| 4. | Стул медицинский | | |
| 5. | Шкаф медицинский для одежды | | |
| | ИТОГО (общая оценка): | | |

**ОСНАЩЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО СТЕРИЛИЗАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ
(стандарт 4.24)**

| № 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. | Автоклавы | | |
| 2. | Сухожаровые шкафы | | |
| 3. | Биксы | | |
| 4. | Моечная машина | | |
| 5. | Емкости для дезинфекционной обработки инструментов и шприцев, мыло-моющих и дезсредств | | |
| 6. | Индикаторы для проведения контроля качества предстерилизационной очистки и стерилизации | | |
| 7. | Аптечка на случай возникновения биоаварий | | |
| | ИТОГО (общая оценка): | | |

**ОСНАЩЕНИЕ ПИЩЕБЛОКА
(стандарт 4.25)**

| № п/п | Оборудование и инвентарь | Самооценка стандарта ОЗ в баллах (0, 1, 2, 3), или «не применимо» | Оценка стандарта экспертом в баллах (0, 1, 2, 3), или «не применимо» |
|-------|------------------------------|---|--|
| 1. | Плита для приготовления пищи | | |
| 2. | Жарочный шкаф | | |

| | | | |
|-----|---|--|--|
| 3. | Котлы (кастрюли) для приготовления пищи | | |
| 4. | Холодильники (морозильные камеры) | | |
| 5. | Промаркированные разделочные цельнометаллические столы (из нержавеющей стали или дюралюминия) для обработки пищевых продуктов и приготовления кулинарных изделий. Для разделки сырых и готовых продуктов выделены отдельные разделочные столы, имеется маркировка | | |
| 6. | Стол для разделки теста (деревянный гладко выструганный с плотно подогнанной крышкой, без щелей) | | |
| 7. | Промаркированный набор посуды | | |
| 8. | Промаркированный набор разделочных ножей | | |
| 9. | Промаркированный набор разделочных досок | | |
| 10. | Мясорубки | | |
| 11. | Отдельные ванны для мытья овощей и посуды | | |
| 12. | Стеллаж для продуктов | | |
| 13. | Промаркированные емкости для транспортировки пищи | | |
| | ИТОГО (общая оценка): | | |

ОСНАЩЕНИЕ ПРАЧЕЧНОЙ (стандарт 4.27)

| № 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» |
|-------|--|---|--|
| 14. | Центрифуга | | |
| 15. | Стиральные машины | | |
| 16. | Сушильная камера или шкаф | | |
| 17. | Стол для сортировки белья, стеллажи для хранения чистого белья, стеллажи для хранения грязного белья | | |
| 18. | Котел для подогрева воды | | |
| 19. | Ванная и тазы | | |
| 20. | Каталки для чистого и грязного белья | | |
| 21. | Гладильный аппарат | | |
| 22. | Аптечка на случай возникновения биоаварий | | |
| | ИТОГО (общая оценка): | | |

ОСНАЩЕНИЕ ПУНКТА АВТОКЛАВИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОТХОДОВ (стандарт 4.28)

| № 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. | Автоклав(ы) | | |
| 2. | Разбрызгиватель воды под давлением | | |
| 3. | Стеллажи для временного хранения емкостей с опасными отходами | | |
| 4. | Емкости для сбора и транспортировки опасных медицинских отходов, иглоотсекатель и специальные контейнеры для сбора остроконечных инструментов (эмалированные ведра или пропиленовые мешки) | | |
| 5. | Весы медицинские электронные | | |
| 6. | Ванная и тазы | | |
| 7. | Индикаторы для проведения контроля качества автоклавирования | | |
| 8. | Аптечка на случай возникновения биоаварий | | |
| 9. | Средства индивидуальной защиты | | |
| | ИТОГО (общая оценка): | | |

**ОСНАЩЕНИЕ АПТЕЧНОГО СКЛАДА
(стандарт 4.29)**

| № 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. | Металлические шкафы и сейфы для хранения отдельных групп ЛС | | |
| 2. | Тележка аптечная | | |
| 3. | Холодильник(и) | | |
| 4. | Термометры (для измерения температуры в холодильнике и помещении), гигрометр или психрометр | | |
| 5. | Поддоны для хранения грузов | | |
| 6. | Кондиционер | | |
| | ИТОГО (общая оценка): | | |

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ

**ОСНАЩЕНИЕ ЛАБОРАТОРИИ (ОТДЕЛЕНИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ)
(стандарт 4.30)**

| № 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» |
|-------|--|---|--|
| | А. Оснащение общего/вспомогательного назначения | | |
| 1. | Стерилизатор (сухожаровой шкаф) | | |

| | | | |
|-----|---|--|--|
| 2. | Термостат электрический | | |
| 3. | Автоклав | | |
| 4. | Аквадистиллятор | | |
| 5. | РН-метр (иономер) | | |
| 6. | Таймеры (секундомеры) | | |
| 7. | Термометры, психрометры | | |
| 8. | Компьютеры | | |
| 9. | Бактерицидные лампы | | |
| 10. | Штативы | | |
| 11. | Набор лабораторной посуды | | |
| 12. | Диагностические реактивы и расходный материал | | |
| 13. | Емкости для дезинфектантов | | |
| 14. | Пакеты пластиковые различного цвета для медицинских отходов | | |
| 15. | Средства индивидуальной защиты (перчатки, очки/маски, закрытая обувь, халаты/костюмы) | | |
| 16. | Специальные наборы (комплекты) одежды, защитные средства и укладки для работы при выявлении особо опасных инфекций. | | |
| 17. | Аптечка на случай возникновения биоаварий | | |
| | Б. Оснащение для клинико-биохимических исследований | | |
| 1. | Анализатор биохимический автоматический или полуавтоматический | | |
| 2. | Гематологический анализатор | | |
| 3. | Аппарат Панченкова или СОЭ-метр автоматический | | |
| 4. | Центрифуга | | |
| 5. | Кондиционер (зима-лето) | | |
| 6. | Дозаторы одноканальные различного объема | | |
| 7. | Наконечники | | |
| | В. Оснащение для серологических исследований | | |
| 1. | ИФА-ридер (ИФА анализатор) | | |
| 2. | Термошейкер (инкубатор с шейкером) | | |
| 3. | Вошер | | |
| 4. | Холодильник (+4°C +8°C) | | |
| 5. | Морозильная камера (- 20°C, - 70°C) | | |
| 6. | Центрифуга на 1500-3000об/мин | | |
| 7. | Компьютер, принтер | | |
| 8. | Кондиционер (зима-лето) | | |
| 9. | Дозаторы одноканальные переменного объема на 0,5-10 мкл, 20 мкл, 100-1000 мкл. | | |
| 10. | Дозаторы восьмиканальные переменного объема на.5-50 мкл, 50 мкл. | | |
| 11. | Криопробирки одноразовые на 2 мл | | |
| 12. | Пробирки центрифужные на 10 мл | | |
| 13. | Наконечники на: 10мкл, 200 мкл, 1000 мкл | | |
| 14. | Планшеты 96 -луночные плоскодонные | | |
| | ИТОГО (общая оценка): | | |

**ОСНАЩЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ/ДИАГНОСТИЧЕСКИХ
КАБИНЕТОВ (КАБИНЕТЫ УЗИ, ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ И РЕНТГЕНОВСКИХ
ИССЛЕДОВАНИЙ)
(стандарт 4.31)**

| № 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» |
|---|--|---|--|
| КАБИНЕТ (ы) ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ | | | |
| 1. | Столы манипуляционные передвижные для эндоскопической аппаратуры | | |
| 2. | Столы инструментальные | | |
| 3. | Стойки для эндоскопических приборов | | |
| 4. | Каталка - носилки | | |
| 5. | Кресло гинекологическое | | |
| 6. | Медицинская кушетка | | |
| 7. | Светильники передвижные | | |
| 8. | Лампа смотровая | | |
| 9. | Устройство для мытья гибких эндоскопов | | |
| 10. | Электроотсос (3 л) или вакуумный | | |
| 11. | Кольпоскоп | | |
| 12. | Наркозно-дыхательный аппарат для масочного наркоза | | |
| 13. | Гистероскоп жидкостной или газовый | | |
| 14. | Аптечка для оказания экстренной медицинской помощи | | |
| 15. | Аптечка на случай возникновения биоаварий | | |
| 16. | Противошоковая аптечка | | |
| | ВСЕГО (общая оценка) | | |
| КАБИНЕТ(ы) УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ | | | |
| 1. | Кушетка, ширма | | |
| 2. | Сканер ультразвуковой диагностический | | |
| 3. | Сканер ультразвуковой - доплер | | |
| 4. | Гель для ультразвуковых исследований | | |
| 5. | Аптечка для оказания экстренной медицинской помощи | | |
| | ВСЕГО (общая оценка) | | |
| КАБИНЕТ РЕНТГЕНОВСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ | | | |
| 1. | Рентген-диагностические аппараты (графия, скопия): <ul style="list-style-type: none"> • стационарный; • передвижной мобильный. | | |
| 2. | Кассеты рентгеновские металлические для рентгеновских пленок (разные размеры) | | |
| 3. | Красный фонарь | | |
| 4. | Негатоскоп | | |

| | | | |
|-----|---|--|--|
| 5. | Реактивы и проявитель для пленок | | |
| 6. | Кронштейн для подвешивания рентгеновских рамок | | |
| 7. | Комплект баков для фотохимической обработки рентгенограмм | | |
| 8. | Стойка для хранения рентгенографических кассет | | |
| 9. | Проявочная машина | | |
| 10. | Аптечка для оказания экстренной медицинской помощи | | |
| | ИТОГО (общая оценка): | | |

**ОСНОВНОЕ ОСНАЩЕНИЕ
ПРИЕМНО-СМОТРОВОГО ОТДЕЛЕНИЯ
(БЛОКА, КАБИНЕТА) ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ И РОЖЕНИЦ
(стандарт 4.32)**

| № п/п | Изделия медицинского назначения (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. | Весы медицинские с ростомером | | |
| 2. | Дефибриллятор | | |
| 3. | ИВЛ портативный или транспортный | | |
| 4. | Мобильный (портативный) ультразвуковой сканер | | |
| 5. | Биксы со стерильными инструментами для осмотра пациентов | | |
| 6. | Биксы со стерильным материалом | | |
| 7. | Одноразовые вагинальные зеркала для ДИОВ | | |
| 8. | Набор для принятия родов | | |
| 9. | Набор для особо опасных инфекций | | |
| 10. | Реанимационный набор для взрослых | | |
| 11. | Измеритель А/Д - тонометр | | |
| 12. | Стетоскоп акушерский | | |
| 13. | Кресло гинекологическое, функциональное | | |
| 14. | Медицинский шкаф | | |
| 15. | Кушетка медицинская | | |
| 16. | Столик манипуляционный | | |
| 17. | Аптечка для оказания экстренной медицинской помощи | | |
| 18. | Аптечка на случай возникновения биоаварий | | |
| 19. | Противошоковая аптечка | | |
| | ИТОГО (общая оценка): | | |

**ОСНОВНОЕ ОСНАЩЕНИЕ
ПРИЕМНО-СМОТРОВОГО ОТДЕЛЕНИЯ (БЛОКА, КАБИНЕТА) ДЛЯ
ПАЦИЕНТОВ С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
(стандарт 4.32)**

| № п/п | Изделия медицинского назначения (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. | Весы медицинские с ростомером | | |
| 2. | Измеритель А/Д - тонометр | | |
| 3. | Кресло гинекологическое, функциональное | | |
| 4. | Медицинская кушетка | | |
| 5. | Набор зеркал для осмотра | | |
| 6. | Биксы со стерильными инструментами | | |
| 7. | Набор для оказания неотложной помощи | | |
| 8. | Аптечка для оказания экстренной медицинской помощи | | |
| 9. | Аптечка на случай возникновения биоаварий | | |
| 10. | Противошоковая аптечка | | |
| | ИТОГО (общая оценка): | | |

**ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОГО ОСНАЩЕНИЯ
ОПЕРАЦИОННОЙ/ОПЕРАЦИОННОГО БЛОКА
(стандарт 4.33)**

| № 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. | Стол операционный универсальный | | |
| 2. | Гинекологическое кресло (для гинекологических операций) | | |
| 3. | Мобильная бактерицидная лампа | | |
| 4. | Светильник хирургический бестеновой (стационарный и передвижной) | | |
| 5. | Столик инструментальный | | |
| 6. | Стол для врача анестезиолога-реаниматолога | | |
| 7. | Стол реанимационный для новорожденного | | |
| 8. | Стул без спинки вращающийся с моющимся покрытием | | |
| 9. | Контейнеры (биксы) для стерильных хирургических инструментов и материала | | |
| 10. | Аптечка для оказания экстренной медицинской помощи | | |

| | | | |
|-----|---|--|--|
| 11. | Аптечка на случай возникновения биоаварий | | |
| 12. | Противошоковая аптечка | | |
| 13. | Электрокоагулятор хирургический | | |
| 14. | Набор для определения группы крови и резус-фактора, система для трансфузии крови, ее компонентов | | |
| 15. | Аппараты наркозные (полуоткрытый, полужакрытый и закрытый контуры) с дыхательным автоматом, включая триггерную систему, газовым и волюметрическим монитором | | |
| 16. | Аппарат ИВЛ с расширенными возможностями | | |
| 17. | Аппарат ИВЛ транспортный | | |
| 18. | Дыхательный мешок для ручной ИВЛ, один на операционный стол | | |
| 19. | Монитор глубины нейро-мышечного блока (один на стол) | | |
| 20. | Нейростимулятор для индикации нервного ствола при блокадах (один на два стола) | | |
| 21. | Прикроватный монитор на 6 параметров (неинвазивное АД, ЭКГ, ЧД, Т, Sat O ₂ , капнометрия) - один на операционный стол | | |
| 22. | Дефибриллятор с биполярным импульсом, компенсацией межэлектродного сопротивления и голосовым сопровождением, переносной | | |
| 23. | Электрокардиостимулятор | | |
| 24. | Электрокардиограф 6-и канальный | | |
| 25. | Электроотсос (один на стол) | | |
| 26. | Электрический или вакуумный отсос для новорожденных, 1 л с безопасной силой разряжения (60-100 вод. ст. или 0,1-0,2 атм.) | | |
| 27. | Полный реанимационный набор для новорожденных | | |
| 28. | Тонометр | | |
| 29. | Стетоскоп | | |
| 30. | Перфузоры двух шприцевые (один на стол) | | |
| 31. | Инфузионный насос (один на стол) | | |
| 32. | Обогреватель инфузионных сред | | |
| 33. | Инфузионная система транспортная | | |
| 34. | Шприцевая помпа транспортная | | |
| 35. | Набор для эпидуральной анестезии (один на стол) | | |
| 36. | Набор для спинальной анестезии (один на стол) | | |
| 37. | Набор для катетеризации центральной вены (один на стол) | | |
| 38. | Набор для интубации трахеи (универсальный ларингоскоп, интубационные трубки и др.) - один на стол | | |
| 39. | Набор для трудной интубации трахеи, включая коникотом, комбинированную интубационную трубку, ларингальную маску, фибробронхоскоп | | |
| 40. | Стол анестезиологический (один на место) | | |

| | | | |
|-----|--|--|--|
| 41. | Аппарат рентгеновский мобильный | | |
| 42. | Каталка транспортная реанимационная | | |
| 43. | Набор хирургический большой | | |
| 44. | Набор хирургический малый | | |
| 45. | Набор инструментов для операции кесарево сечение | | |
| 46. | Гинекологический хирургический набор | | |
| 47. | Набор лапароскопических/эндоскопических инструментов и оборудования для проведения лапароскопических/эндоскопических гинекологических операций | | |
| | ИТОГО (общая оценка): | | |

**ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОГО ОСНАЩЕНИЯ
ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ/ ПАЛАТ
ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ
(стандарт 4.34)**

| № 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» | Примечание |
|-------|---|---|--|--|
| | Оснащение ОРИТ (ПИТ) для новорожденных: | | | |
| • | Аппарат пролонгированной вентиляции легких для новорожденных с компрессором воздуха и концентратором кислорода | | | с системой сжатого воздуха 1 на 2 койки |
| • | Система СРАР с портативным компрессором воздуха и концентратором кислорода | | | с системой сжатого воздуха 1 на 2 койки |
| • | Дефибрилятор | | | |
| • | Инфузиомат капельный | | | |
| • | Инфузиомат шприцевой | | | 2 на 1 койку |
| • | Инкубатор для новорожденных | | | |
| • | Лампа фототерапии или матрас | | | 1 на 2 койки |
| • | Многофункциональный монитор для новорожденного (измерение SaO ₂ , А/Д и температуры, регистрация ЭКГ и апноэ) | | | 1 на 2 койки |
| • | Мобильный аппарат сонографии (УЗИ) | | | |
| • | Реанимационный столик с подогревом | | | |
| • | Электрический или вакуумный отсос для новорожденных, 1 л с безопасной силой разряжения (60-100 вод. ст. или 0,1-0,2 атм.) | | | |
| • | Полный реанимационный набор | | | |

| | | | | |
|----|--|--|--|--------------------|
| | для новорожденных | | | |
| • | Набор ларингоскопов для новорожденных | | | |
| • | Наборы стерильные для: - катетеризации пупочной вены; - катетеризации периферических вен; - катетеризации артерий; - плевральной пункции; - спинномозговой пункции; - операции заменного переливания крови | | | |
| • | Биксы со стерильным материалом | | | |
| • | Термометр медицинский с делениями для низких температур или электронный | | | По количеству коек |
| • | Электронные весы | | | На каждые 3 койки |
| • | Небулайзер (ингалятор ультразвуковой мобильный) | | | На каждые 3 койки |
| • | Транскутанный билирубинометр | | | На каждые 3 койки |
| • | Набор для определения группы крови и резус-фактора, система для трансфузии крови, ее компонентов | | | |
| • | Аптечка для оказания экстренной медицинской помощи | | | |
| • | Аптечка на случай возникновения биоаварий | | | |
| • | Противошоковая аптечка | | | |
| | Оснащение ОРИТ (ПИТ) для женщин: | | | |
| 1. | Аппарат искусственной вентиляции легких для взрослых | | | 1 на 2 койки |
| 2. | Аппарат наркозно-дыхательный (полуоткрытый, полужакрытый и закрытый контуры) с дыхательным автоматом, включая триггерную систему, газовым и волюметрическим монитором | | | 1 на 2 койки |
| 3. | Дефибрилятор | | | |
| 4. | Электрокардиограф | | | |
| 5. | Многофункциональный прикроватный монитор (регистрация ЭКГ, А/Д, SaO ₂ , температуры) | | | |
| 6. | Инфузиомат капельный | | | |
| 7. | Инфузиомат шприцевой | | | |
| 8. | Отсос механический или электрический | | | |
| 9. | Набор ларингоскопов для | | | |

| | | | | |
|-----|--|--|--|--|
| | взрослых | | | |
| 10. | Реанимационный набор для взрослых | | | |
| 11. | Набор стерильный для подключичной катетеризации вен | | | |
| 12. | Набор стерильный для катетеризации артерий | | | |
| 13. | Набор стерильный для спинномозговой пункции | | | |
| 14. | Набор стерильный для плевральной пункции | | | |
| 15. | Биксы со стерильным материалом | | | |
| 16. | Аппарат для измерения венозного давления | | | |
| 17. | Тонометр | | | |
| 18. | Небулайзер (ингалятор ультразвуковой мобильный) | | | |
| 19. | Мобильный аппарат сонографии (УЗИ) | | | |
| 20. | Набор для определения группы крови и резус-фактора, система для трансфузии крови, ее компонентов | | | |
| 21. | Аптечка для оказания экстренной медицинской помощи | | | |
| 22. | Аптечка на случай возникновения биоаварий | | | |
| 23. | Противошоковая аптечка | | | |
| | ИТОГО (общая оценка): | | | |

**ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОГО ОСНАЩЕНИЯ
РОДИЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ, ОТДЕЛЕНИЯ СОВМЕСТНОГО ПРЕБЫВАНИЯ
МАТЕРИ И РЕБЕНКА И ОТДЕЛЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ
(стандарт 4.35)**

| № п/п | Изделия медицинского назначения | Самооценка стандарта ОЗ в баллах (0, 1, 2, 4), «не применимо» | Оценка стандарта экспертом в баллах (0, 1, 2, 4), «не применимо» |
|-------|--|---|--|
| | Изделия медицинского назначения для всех родильных палат: | | |
| 1. | Вакуум экстрактор одноразовый или многоразовый с набором колпаков | | |
| 2. | Пульсоксиметр с модулем не инвазивного измерения артериального давления для новорожденного | | |
| 3. | Мобильный (портативный) ультразвуковой сканер | | |
| 4. | Инфузомат капельный | | |

| | | | |
|-----|---|--|--|
| 5. | Инфузомат шприцевой | | |
| 6. | Ручной вентилятор (типа Neoruf) | | |
| 7. | Холодильная камера для хранения биоматериалов | | |
| 8. | Медицинские каталка или кресло | | |
| | Изделия медицинского назначения для каждой родильной палаты: | | |
| 9. | Многофункциональная кровать для родов | | |
| 10. | Комплект специального оборудования для свободного ведения родов: стул для родов, гимнастический шар, коврик моющийся, шведская стенка, канат. | | |
| 11. | Светильник медицинский, передвижной | | |
| 12. | Пеленальный стол с обогревом или Реанимационный стол | | |
| 13. | Электронные весы для новорожденных | | |
| 14. | Электрический или вакуумный отсос для новорожденных, 1л с безопасной силой разряжения (60-100 вод. ст. или 0,1-0,2 атм.) | | |
| 15. | Тонومتر | | |
| 16. | Стетоскоп | | |
| 17. | Набор акушерских инструментов для родов, стерильный | | |
| 18. | Зеркала вагинальные, одноразовые для ДИОВ | | |
| 19. | Зажим для пережатия пуповины, индивидуальный, одноразовый | | |
| 20. | Полный реанимационный набор для новорожденных (в соответствии с приложением №2 к Приказу №92 от 05.03.2009) | | |
| 21. | Термометр медицинский, электронный | | |
| 22. | Индивидуальный пакет для родов | | |
| 23. | Противошоковая аптечка | | |
| 24. | Аптечка на случай возникновения биоаварий | | |
| 25. | Аптечка для оказания экстренной медицинской помощи | | |
| | Манипуляционная (смотровая): | | |
| 26. | Кресло гинекологическое функциональное | | |
| 27. | Мобильная лампа (смотровая) | | |
| 28. | Набор зеркал для осмотра | | |
| 29. | Биксы со стерильными | | |

| | | | |
|-----|--|--|--|
| | инструментами | | |
| 30. | Биксы со стерильным материалом | | |
| 31. | Облучатель бактерицидный (Лампа ультрафиолетовая бактерицидная) | | |
| | Процедурный кабинет: | | |
| 32. | Медицинская холодильная камера для хранения лекарств | | |
| 33. | Инфузоматы капельные | | |
| 34. | Биксы со стерильными ватными шариками | | |
| 35. | Облучатель бактерицидный (Лампа ультрафиолетовая бактерицидная) | | |
| 36. | Противошоковая аптечка | | |
| 37. | Аптечка на случай возникновения биоаварий | | |
| 38. | Аптечка для оказания экстренной медицинской помощи | | |
| | Прививочный кабинет для новорожденных: | | |
| 39. | Медицинская холодильная камера для хранения вакцин | | |
| 40. | Термоконтейнер | | |
| 41. | Стол прививочный с обогревом для проведения вакцинации (для живых вакцин) | | |
| 42. | Стол прививочный с обогревом для проведения вакцинации (химическими вакцинами) | | |
| 43. | Биксы со стерильными ватными шариками | | |
| 44. | Облучатель бактерицидный (Лампа ультрафиолетовая бактерицидная) | | |
| 45. | Противошоковая аптечка | | |
| | ИТОГО (общая оценка): | | |

**ОСНОВНОЕ ОСНАЩЕНИЕ
ОТДЕЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННЫХ
(стандарт 4.36)**

| № п/п | Изделия медицинского назначения | Самооценка стандарта ОЗ в баллах (0, 1, 2, 4), «не применимо» | Оценка стандарта экспертом в баллах (0, 1, 2, 4), «не применимо» |
|----------|--|--|---|
| 1. | Кардиотокограф | | |
| 2. | УЗИ - портативный | | |
| | Процедурный кабинет: | | |
| 3. | Инфузоматы капельные | | |
| 4. | Биксы со стерильными ватными шариками | | |

| | | | |
|-----|---|--|--|
| 5. | Медицинская холодильная камера для хранения лекарств | | |
| 6. | Облучатель бактерицидный (Лампа ультрафиолетовая бактерицидная) | | |
| 7. | Противошоковая аптечка | | |
| 8. | Аптечка на случай возникновения биоаварий | | |
| 9. | Аптечка для оказания экстренной медицинской помощи | | |
| | Смотровой кабинет: | | |
| 10. | Кресло гинекологическое функциональное | | |
| 11. | Мобильная лампа (смотровая) | | |
| 12. | Набор зеркал для осмотра | | |
| 13. | Биксы со стерильными инструментами | | |
| 14. | Биксы со стерильным материалом | | |
| 15. | Облучатель бактерицидный (Лампа ультрафиолетовая бактерицидная) | | |
| | ИТОГО (общая оценка): | | |

**ОСНОВНОЕ ОСНАЩЕНИЕ
ОТДЕЛЕНИЯ ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ
(стандарт 4.37)**

| № п/п | Изделия медицинского назначения | Самооценка стандарта ОЗ в баллах (0, 1, 2, 4), «не применимо» | Оценка стандарта экспертом в баллах (0, 1, 2, 4), «не применимо» |
|-------|---|---|--|
| | Смотровой кабинет: | | |
| 1. | Кресло гинекологическое функциональное | | |
| 2. | Мобильная лампа (смотровая) | | |
| 3. | Набор зеркал для осмотра | | |
| 4. | Биксы со стерильными инструментами | | |
| 5. | Биксы со стерильным материалом | | |
| 6. | Облучатель бактерицидный (Лампа ультрафиолетовая бактерицидная) | | |
| | Манипуляционная: | | |
| 7. | Вакуум аспиратор шприцевой для проведения медицинских абортов | | |
| 8. | Кресло гинекологическое | | |
| 9. | Лампа смотровая | | |
| 10. | Электроотсос (3л) или вакуумный | | |
| 11. | Абортный набор | | |

| | | | |
|------------------------------|---|--|--|
| 12. | Биксы со стерильными инструментами | | |
| 13. | Биксы со стерильным материалом | | |
| 14. | Противошоковая аптечка | | |
| 15. | Аптечка на случай возникновения биоаварий | | |
| 16. | Аптечка для оказания экстренной медицинской помощи | | |
| Процедурный кабинет: | | | |
| 17. | Инфузоматы капельные | | |
| 18. | Биксы со стерильными ватными шариками | | |
| 19. | Медицинская холодильная камера для хранения лекарств | | |
| 20. | Облучатель бактерицидный (Лампа ультрафиолетовая бактерицидная) | | |
| 21. | Противошоковая аптечка | | |
| 22. | Аптечка на случай возникновения биоаварий | | |
| 23. | Аптечка для оказания экстренной медицинской помощи | | |
| ИТОГО (общая оценка): | | | |

**ОСНОВНОЕ ОСНАЩЕНИЕ
ОТДЕЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ И ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ
НОВОРОЖДЕННЫХ
(II ЭТАП ВЫХАЖИВАНИЯ)
(стандарт 4.38)**

| № п/п | Изделия медицинского назначения | Самооценка стандарта ОЗ в баллах (0, 1, 2, 4), «не применимо» | Оценка стандарта экспертом в баллах (0, 1, 2, 4), «не применимо» |
|---|---|---|--|
| 1. | УЗИ - портативный | | |
| Процедурный кабинет: | | | |
| 2. | Инфузиомат шприцевой (2 шт. на одну койку) | | |
| 3. | Медицинская холодильная камера для хранения лекарств | | |
| 4. | Облучатель бактерицидный (Лампа ультрафиолетовая бактерицидная) | | |
| 5. | Биксы со стерильными шариками | | |
| 6. | Противошоковая аптечка | | |
| 7. | Аптечка на случай возникновения биоаварий | | |
| Палаты для больных (недоношенных) новорожденных: | | | |
| 1. | Инкубатор | | |

| | | | |
|-----|--|--|--|
| 2. | Кроватка с подогревом (или матрас с подогревом) для новорожденных (по количеству койко-мест) | | |
| 3. | Лампа фототерапии | | |
| 4. | Небулайзер (ингалятор ультразвуковой мобильный) | | |
| 5. | Пульсоксиметр с неинвазивным измерением артериального давления | | |
| 6. | Система СРАР с портативным компрессором воздуха и концентратором кислорода/или системой сжатого воздуха | | |
| 7. | Стол пеленальный с подогревом | | |
| 8. | Транскутанный билирубинометр | | |
| 9. | Электронные весы (по количеству палат) | | |
| 10. | Электрический или вакуумный отсос для новорожденных, 1л с безопасной силой разряжения (60-100 вод.ст. или 0,1-0,2 атм) | | |
| 11. | Полный реанимационный набор для новорожденных | | |
| 12. | Набор ларингоскопов для новорожденных | | |
| 13. | Набор стерильный для: <ul style="list-style-type: none"> • катетеризации пупочной вены; • катетеризации периферических вен; • катетеризации артерий; • плевральной пункции; • спинномозговой пункции; • операции заменного переливания крови | | |
| 14. | Термометр медицинский с делениями для низких температур или электронный (по количеству койко-мест) | | |
| | ИТОГО (общая оценка): | | |