

ГКП на ПХВ «Областной перинатальный центр №2» Туркестанской области
Первый руководитель _Кожаметова ЭА

Подпись _____

М.П.



План корректирующих мероприятий

№	Наименование критериев, полностью или частично несоответствующих стандартам аккредитации	Мероприятия по устранению несоответствия критериев стандартам аккредитации	Сроки завершения	Ответственное лицо
	Глава 1 Руководство			
1.4	Медицинская организация ежеквартально предоставляет Органу управления отчеты о результатах основной деятельности, реализации плана мероприятий по непрерывному улучшению качества; как минимум раз в полгода предоставляет Органу управления отчеты о реализации плана по управлению рисками, а также отчеты комиссии по безопасности зданий	Рейтинговая оценка корпоративного управления ГКП на ПХВ «Областной перинатальный центр №2» оценка в баллах за 2022 год составляет 96, за 2023 год составляет 95.	По плану	Юрист Аманкулова УБ
1.5	Органом управления утверждены критерии и ежегодно проводится оценка работы первого руководителя (руководителей) медицинской организации ** Орган управления оценивается вышестоящим органом здравоохранения или вышестоящим учредителем на ежегодной основе **	Оценка руководителя ГКП на ПХВ «Областной перинатальный центр №2» Кожаметовой Эльмиры Агабековны за отработанный период 14.07.2022-31.12.2022 г.г. была проведена управлением общественного здоровья Туркестанской области 31.12.2022 года.	31.12.2022	Юрист Аманкулова УБ

2.1	В стратегическом плане медицинской организации излагаются миссия, видение, ценности, стратегические цели, задачи и индикаторы исполнения задач ** Миссия и видение медицинской организации являются доступными для ее персонала и населения	Стратегический план ОПЦ2 рассчитан на 2023-2027гг.Изложены миссия, видение, ценности, стратегические цели, задачи и индикаторы исполнения задач.Миссия и видение расположены на стендах в приемном покое и во всех отделениях. Доступны для населения и персонала. Расположен на сайте.	ежедневно	Заместитель руководителя Мамбетова МЕ
2.2	На основании стратегического плана разрабатывается и утверждается годовой план (операционный план) медицинской организации с установленными индикаторами	Годовой план разработан на основании стратегического плана с установленными индикаторами.	Март 2023г Протокол НС. Март 2024г(Утверждается НС протоколом)	Заместитель руководителя Мамбетова МЕ
2.3	Годовой план учитывает мероприятия клинических служб, финансовые планы, идентифицированные риски.	В годовом плане учтаны мероприятия клинических служб, финансовые планы. идентифицированные риски	Март 2023г Протокол НС. Март 2024г(Утверждается НС протоколом)	Заместитель руководителя Мамбетова МЕ
2.4	Ответственным лицом проводится свод и мониторинг исполнения мероприятий годового плана как минимум на ежеквартальной основе с последующим предоставлением руководством организации	Свод исполнения мероприятий годового плана ежеквартально. Предоставляется руководителю ОПЦ2.Мониторинг проводится ответственным лицом.	ежеквартально	Заместитель руководителя Мамбетова МЕ
2.5	Руководители структурных подразделений как минимум ежеквартально отчитываются ответственному лицу о выполнении поставленных задач и достижении желаемых результатов по индикаторам годового плана .	Ежеквартально на врачебных конференциях руководители структурных подразделений отчитываются ответственному лицу о выполнении поставленных задач и достижении желаемых результатов по индикаторам годового плана	Ежеквартально	Заместитель руководителя Мамбетова МЕ Заведующие подразделений

3.1	<p>Организационная структура представляется в виде схемы, отражает подотчетность и взаимосвязь структурных подразделений и руководства, а также существующих комиссий и (или) комитетов.</p> <p>Организационная структура утверждается руководством медицинской организации и доводится до сведения персонала организации</p>	<p>Схема организационной структуры утверждена руководителем и доведена до сведения персонала. Отражает подотчетность и взаимосвязь структурных подразделений и руководства.</p>	Январь	Заместитель руководителя Мамбетова МЕ
3.2	<p>В организационной структуре указывается позиция, осуществляющая общее руководство медицинской организацией, и позиция (позиции), осуществляющая контроль лечебно-профилактической деятельности</p>	<p>В организационной структуре указана позиция руководителя, осуществляющая общее руководство медицинской организацией, позиции заместителя, осуществляющая контроль лечебно-профилактической деятельности и заместителя по оргметод работе</p>	Январь	Заместитель руководителя Мамбетова МЕ
3.4	<p>В организационной структуре указывается позиция, осуществляющая деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг.</p> <p>Ответственное лицо медицинской организации, осуществляющее деятельность по управлению качеством, ответственно за мониторинг плана по непрерывному улучшения качества, обладает необходимыми навыками и знаниями в области улучшения качества</p>	<p>Контроль за качеством оказания медицинских услуг возложен на заместителя руководителя по орг-метод работе. Проводится мониторинг плана по непрерывному улучшения качества.</p>	Приказ №1 от 04.01.2023г	Заместитель руководителя Мамбетова МЕ
4.3	<p>В медицинской организации внедрен процесс выявления, своевременного анализа и принятия мер по этическим вопросам, включающие взаимодействие в коллективе (такие случаи как насилие, домогательства, травлю), (смотреть подпункты 1), 3) пункта 5 настоящего Стандарта),</p>	<p>Провести обучения медицинского персонала по этическим вопросам, включающие взаимодействие в коллективе (такие случаи как насилие, домогательства, травлю) .</p>	15.01.2024	Врач Сапиева ГБ

	<p>другие ситуации в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан ***. Этическая комиссия принимает участие в разборе вышеупомянутых случаев</p>			
4.4	<p>Персонал медицинской организации проходит обучение по вопросам норм Этического кодекса в медицинской организации **. Обучение включает процедуру прямого уведомления Органа управления и (или) уполномоченные органы персоналом о случаях домогательств со стороны руководства или его бездействия</p>	<p>Провести обучения медицинского персонала по вопросам норм этического кодекса. Обучение включает процедуру прямого уведомления Органа управления и уполномоченные органы персоналом о случаях домогательств со стороны руководства или его бездействия</p>	09.01.2024г	Врач Сапиева Г.Б
5.1	<p>В медицинской организации исполняются мероприятия, обеспечивающие реализацию «культуры безопасности». Клинический персонал осведомлен о не карательной системе, обеспечивающей заполнение и регистрацию инцидентов без риска быть наказанным, а также знает определения: «потенциальная ошибка», «ошибка», «экстремальное событие»</p>	<p>СОП «Культура безопасности». Медицинский персонал осведомлен о не карательной системе, обеспечивающей заполнение и регистрацию инцидентов без риска быть наказанным, знает определения: «потенциальная ошибка», «ошибка», «экстремальное событие»</p>	ежедневно	Заместитель руководителя Мамбетова МЕ
5.2	<p>В медицинской организации внедрен процесс обеспечения страхования (гарантирования) профессиональной ответственности медицинских работников, выполняющих процедуры и операции высокого риска (с высоким риском судебных исков)</p>	<p>После рассмотрения коммерческого предложения</p>	Январь 2024	Главный бухгалтер Ли Чан Де
5.4	<p>В медицинской организации определены лица (лицо) ответственные за мониторинг и управление</p>	<p>В ОПЦ2 определены лица ответственные за мониторинг и управление инцидентами,</p>	Приказ №1 от 04.Январь 2023	Врач Ешенкулова КА

	инцидентами, включающий контроль по изучению первопричин инцидента, а также обучение персонала вопросам управления инцидентами	включающий контроль по изучению первопричин инцидента, а также обучение персонала вопросам управления инцидентами		
6.2	Индикаторы внутренней экспертизы и индикаторы аккредитации измеримы: разрабатываются формулы расчета (с определенным числителем и знаменателем, если применимо), определяются желаемые пороговые значения; проводится сбор данных и анализ индикаторов **	В ОПЦ2 определены лица ответственные за мониторинг и управление инцидентами, включающий контроль по изучению первопричин инцидента, а также обучение персонала вопросам управления инцидентами	Приказ №1 от 04.Январь 2023	Заместитель руководителя Мамбетова МЕ Врач Ешенкулова КА
6.3	Руководством медицинской организации определены приоритетные индикаторы из числа индикаторов внутренней экспертизы и индикаторов аккредитации, соблюдение и достижение пороговых значений которых наиболее первостепенно для медицинской организации. Для достижения пороговых значений и задач приоритетных индикаторов, а также других мероприятий по улучшению качества определенных руководством, медицинская организация разрабатывает план по непрерывному улучшению качества	В ОПЦ2 определены приоритетные индикаторы из числа индикаторов внутренней экспертизы и индикаторов аккредитации, соблюдение и достижение пороговых значений которых наиболее первостепенно для ОПЦ№2. Для достижения пороговых значений и задач приоритетных индикаторов, а также других мероприятий по улучшению качества определенных руководством, В ОПЦ2 разработан план по непрерывному улучшению качества	Январь 2023г	Заместитель руководителя Мамбетова МЕ
6.4	План по непрерывному улучшению качества отражает: наименование мероприятия (мероприятий) по улучшению; цель мероприятия (мероприятий);	План по непрерывному улучшению качества отражает: наименование мероприятий по улучшению; цель мероприятий; необходимые действия по достижению	Январь 2023г	Заместитель руководителя Мамбетова МЕ

	<p>необходимые действия по достижению цели; ответственных лиц; временные рамки</p> <p>План по улучшению качества является отдельным документом либо частью операционного плана, который обновляется и дополняется на постоянной основе и доводится до сведения заинтересованных сторон (лиц задействованных и (или) заинтересованных в реализации мероприятия (мероприятий) плана</p>	<p>цели; ответственных лиц; временные рамки</p> <p>План по улучшению качества является отдельным документом . Обновляется и дополняется на постоянной основе и доводится до сведения персонала.</p>		
7.1	<p>Руководством медицинской организации, совместно с руководителями структурных подразделений и персоналом применяются инструменты улучшения качества (например, «цикл PDCA», «диаграмма Исикавы» и другие инструменты) в мероприятиях по непрерывному улучшению качества</p>	<p>Руководством ОПЦ№2, совместно с руководителями структурных подразделений и персоналом применяются инструменты улучшения качества («цикл PDCA», «диаграмма Исикавы») в мероприятиях по непрерывному улучшению качества</p>	регулярно	<p>Заместитель руководителя Мамбетова МЕ</p>
7.2	<p>В документе по непрерывному улучшению качества медицинских услуг дается определение термина «экстремальное событие». Экстремальное событие подлежит обязательному расследованию и о его результатах информируются руководство медицинской организации, заинтересованные стороны, а также высшее руководство медицинской организации (в квартальном отчете с указанием принятых мер)</p>	<p>В плане по непрерывному улучшению качества медицинских услуг дается определение термина «экстремальное событие». Экстремальное событие подлежит обязательному расследованию и о его результатах информируются руководство ОПЦ№2, заинтересованные стороны, а Наблюдательный совет (в квартальном отчете с указанием принятых мер)</p>	Январь 2023г	<p>Заместитель руководителя Мамбетова МЕ</p>

7.3	<p>Проводится анкетирование удовлетворенности пациентов или опыта пациента. Результаты анкетирования учитываются при разработке мер по повышению качества медицинских услуг*</p> <p>Анкетирование опыта пациента подразумевает получения от пациента объективных ответов на вопросы по соблюдению персоналом действий, регламентированных правилами медицинской организации и стандартами аккредитации (например, объяснили ли вам содержания специального информированного согласия, задавали ли вам вопрос, когда вы падали в последний раз, действие назначенного лекарственного средства, обрабатывал ли врач руки перед осмотром)</p>	<p>Проводится анкетирование удовлетворенности пациентов и опыта пациента. Результаты анкетирования учитываются при разработке мер по повышению качества медицинских услуг. Анкета дополнена и скорректирована</p>	Январь 2024	Заместитель руководителя Мамбетова МЕ
7.5	<p>Проводится клинический аудит медицинских карт на соблюдение протоколов диагностики и лечения, а также требований стандартов аккредитации. Методология клинического аудита определена в правилах медицинской организации, результаты клинического аудита используются при разработке мер по повышению качества медицинских услуг *</p>	<p>Проводится клинический аудит медицинских карт на соблюдение протоколов диагностики и лечения, а также требований стандартов аккредитации. СОП «Проведение клинического аудита» Результаты клинического аудита используются при разработке мер по повышению качества медицинских услуг</p>	Ежемесячно	Заместитель руководителя Мамбетова МЕ
8.1	<p>Медицинская организация имеет утвержденную и исполняемую программу по управлению рисками, которая включает следующие элементы: цель и задачи документа; способ оценки рисков; реестр рисков и (или) план управления рисками с</p>	<p>Программа по управлению рисками утвержденная руководством ,исполнение контролируется.Включает следующие элементы: цель и задачи документа; способ оценки рисков;</p>	Январь 2023	Менеджер по развитию Тулепов ДТ

	<p>описанием мер снижающих негативное влияние идентифицированных рисков; ответственных за управлением риска, оценки риска, периодичность отчетности и мониторинга; утвержденное ответственное лицо, осуществляющее деятельность по управлению рисками; отчетность Органу управления по рискам; требования по обучению персонала; виды рисков (стратегические, клинические, эпидемиологические, финансовые, риски по функциональности здания и прочие риски); требование разработать действие на каждый значительный риск; требование информировать и коммуницировать заинтересованные стороны о рисках; ответственность персонала в реализации программы по управлению рисками *</p>	<p>реестр рисков и план управления рисками с описанием мер снижающих негативное влияние идентифицированных рисков; ответственных за управлением риска, оценки риска, периодичность отчетности и мониторинга; утвержденное ответственное лицо, осуществляющее деятельность по управлению рисками; отчетность Органу управления по рискам; требования по обучению персонала; виды рисков (стратегические, клинические, эпидемиологические, финансовые, риски по функциональности здания и прочие риски); требование разработать действие на каждый значительный риск; требование информировать и коммуницировать заинтересованные стороны о рисках; ответственность персонала в реализации программы по управлению рисками *</p>		
8.2	<p>Реестр рисков и (или) план управления рисками учитывает клинические риски, связанные с оказанием медицинской помощи (например, идентификация и транспортировка биоматериалов), а также риски, связанные с предоставлением услуг высокого риска</p>	<p>Утвержден Реестр рисков и план управления рисками. Учитываются клинические риски, связанные с оказанием медицинской помощи, а также риски, связанные с предоставлением услуг высокого риска.</p>	Январь 2023	<p>Менеджер по развитию Тулупов ДТ Заместитель руководителя Абдиханова ГА</p>
8.3	<p>Руководители структурных подразделений и</p>	<p>Руководители структурных подразделений</p>	ежедневно	<p>Менеджер по развитию</p>

	персонал медицинской организации осведомлены о возможных неблагоприятных событиях, которые могут возникнуть вследствие клинических, техногенных и организационных особенностей производственных процессов (далее – риски) в своих подразделениях	и персонал ОПЦ№2 осведомлены о возможных неблагоприятных событиях, которые могут возникнуть вследствие клинических, техногенных и организационных особенностей производственных процессов в своих подразделениях		Тулупов ДТ Заместитель руководителя Абдиханова ГА Заведующие подразделений
8.4	Медицинская организация проводит непрерывную оценку рисков. Источники информации о рисках: инциденты (потенциальных ошибок, ошибок, экстремальных событий), медицинский персонал, наблюдения, обзор документации, пациенты и их законные представители **	ОПЦ№2 проводит непрерывную оценку рисков. Источники информации о рисках: инциденты (потенциальных ошибок, ошибок, экстремальных событий), медицинский персонал, наблюдения, обзор документации, пациенты и их законные представители	ежедневно	Менеджер по развитию Тулупов ДТ Заместитель руководителя Абдиханова ГА Заведующие подразделений
8.5	Медицинская организация принимает меры по полноценной реализации мероприятий плана управления рисками, снижению или устранению рисков (план может составляться, обновляться и корректироваться в течение года) **	План мероприятий управления рисками обновляется и корректируется в течение года	регулярно	Менеджер по развитию Тулупов ДТ Заместитель руководителя Абдиханова ГА Заведующие подразделений
9.3	Результаты клинического аудита медицинских карт применяются для обратной связи с медицинским персоналом, обучения персонала и других мероприятий для повышения качества медицинских услуг в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации	Результаты клинического аудита медицинских карт применяются для обратной связи с медицинским персоналом, обучения персонала и других мероприятий для повышения качества медицинских услуг в соответствии с утвержденными процедурами	ежеквартально	Заместитель руководителя Мамбетова МЕ

		медицинской организации		
10.1	Официальный сайт медицинской организаций является доступным для населения и заинтересованных сторон, содержит основную информацию касательно оказываемых медицинских услуг, контактные данные, адреса, основные документы, доступные для разглашения и мероприятия по повышению «медицинской грамотности» населения	Официальный сайт медицинской организаций является доступным для населения и заинтересованных сторон, содержит основную информацию касательно оказываемых медицинских услуг, контактные данные, адреса, основные документы, доступные для разглашения и мероприятия по повышению «медицинской грамотности» населения . Инстаграм страничка имеет 2800 подписчиков. Фейсбук 10 посещений в день	ежедневно	Заместитель руководителя Мамбетова МЕ
	Глава 2 Управление ресурсами			
11.1	Бюджет медицинской организации соответствует поставленным задачам стратегического и операционного (годового) планов работы (смотреть пункт 2 настоящего Стандарта	Бюджет ОПЦ2 соответствует поставленным задачам стратегического и операционного (годового) планов работы	Январь 2023	Главный бухгалтер Ли Чан Де
11.4	При оплате труда персонала медицинской организации на основе дифференцированной системы оплаты предусмотрены индикаторы для определения производительности труда персонала, утвержденные руководством медицинской организации в соответствии с законодательством Республики Казахстан *	Разработано и утверждено руководителем и НС Перинатального центра «Положение об оплате труда в котором прописаны индикаторы для определения производительности труда.»	Январь 2023	Главный бухгалтер Ли Чан Де
11.5	Внешний государственный аудит проводится в	Внешний государственный аудит	По плану	Главный бухгалтер Ли

	соответствии с законодательством Республики Казахстан ***. В случае отсутствия государственного аудита в частных организациях, проводится внешний финансовый аудит	проводится в соответствии с законодательством Республики Казахстан		Чан Де
12.3	<p>Утвержден и исполняется порядок разработки, согласования, утверждения и оформления, а также сроки пересмотра процедур и планов организации, относящихся к ключевым процессам организации (требование относится к процедурам и планам которые относятся к ключевым функциям и (или) могут меняться, например, план по улучшению качества, операционный план, правила по триажу; в то время такие процедуры как: снятие и одевание маски, техника мытья рук могут оставаться неизменными если соответствуют признанной практике). Медицинская организация утверждает процедуры общего управления документацией в соответствии с законодательством Республики Казахстан, учитывая цифровизацию клинического и административного документооборота .</p>	<p>СОП «Управление документами» И СОП по снятию и одеванию маски, техника мытья рук.</p>	04 Январь 2023	<p>Заместитель руководителя Мамбетова МЕ И начальники подразделений</p>
12.5	<p>Плановые внутренние собрания структурных подразделений, общие собрания, наряду с отдельными обучениями и инструктажами ответственных лиц, используются для обучения персонала установленным процедурам медицинской организации. Обучение направлено на оказание качественной и интегрированной медицинской помощи пациентам, в соответствии с требованиями стандартов национальной аккредитации и</p>	<p>НА Плановых внутренних собраниях структурных подразделений, общих собраниях, наряду с отдельными обучениями и инструктажами ответственных лиц, проводится обучение персонала установленным процедурам медицинской организации. Обучение направлено на оказание качественной и интегрированной медицинской помощи</p>	По плану	<p>Заместитель руководителя Мамбетова МЕ</p>

	законодательства Республики Казахстан	пациентам, в соответствии с требованиями стандартов национальной аккредитации и законодательства Республики Казахстан		
13.2	В медицинской организаций используются лицензионное программное обеспечение и операционная система.	Запланировано приобретение лицензионных программ на март 2024 год	Март 2024	Главный бухгалтер Ли Чан Де
13.4	Персонал ежегодно обучается правилам по защите и неразглашению конфиденциальной информации, а также процедурам по соблюдению приватности пациента при оказании медицинских услуг **	Соп «Правила по защите и неразглашению конфиденциальной информации, процедуры по соблюдению приватности пациента при оказании медицинских услуг»	По графику	Специалист по кадрам Акимкулова ЖК
14.2	Содержание медицинской карты стандартизируется в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации	СОП «Заполнение медицинской карты»	04.января2023	Заместитель руководителя Абдиханова ГА Заведующие подразделений.
14.5	В бумажных вариантах медицинских карт каждая запись подписывается автором с указанием даты и времени	СОП «Заполнение медицинской карты»	04.января2023	Заместитель руководителя Абдиханова ГА Заведующие подразделений.
15.01	Утверждена процедура проверки достоверности публикуемых и предоставляемых во внешние организации данных	СОП «Валидация статичтических данных»	04.января2023	Заместитель руководителя Мамбетова МЕ
15.3	При мониторинге новых индикаторов проводится проверка достоверности полученных данных вторым лицом	СОП «Валидация статичтических данных»	04.января2023	Заместитель руководителя Мамбетова МЕ

16.1	Штатное расписание медицинской организации утверждается руководством медицинской организации в соответствии с законодательством Республики Казахстан	Разработан проект штатного расписания находится на рассмотрении	Январь 2023	Экономист
16.2	Штатное расписание составляется и пересматривается на плановой основе, на основании заявок руководителей структурных подразделений, на основании анализа соответствия штатного расписания производственным нуждам и потребностям населения (определение уровня укомплектованности персоналом; необходимого уровня стажа и компетентности; расчет эффективной и рациональной структуры должностей персонала)	Штатное расписание составлено и пересматривается на плановой основе	Январь 2023	Экономист
16.4	На каждый вид должности, включая слушателей резидентуры, руководством медицинской организации утверждается должностная инструкция с указанием квалификационных требований (образование, обучение, знания, навыки и опыт) и функций, специфичных для данной должности** Для внештатных работников, совместителей и консультантов вышеупомянутые требования прописываются в договоре** Договор с внештатными работниками, совместителями и консультантами хранится в отделе кадров	СОП «Правила управления документами»	04.01.2023г.- 05.01.2026г.	Специалист по кадрам:Акимкулова Ж.К
17.3	Руководство медицинской организации создают условия для непрерывного обучения персонала медицинской организации (доступ в интернет, компьютеры, тренинговый класс, библиотека)	Руководство ОПЦ2 создают условия для непрерывного обучения персонала медицинской организации (доступ в интернет, компьютеры, тренинговый класс, библиотека)	постоянно	Инженер программист Мурадов К

17.5	Руководством разрабатываются и внедряются процедуры для мотивации персонала медицинской организации и укрепления корпоративного духа, проводится анкетирование персонала (смотреть подпункт 4) пункта 11 настоящего Стандарта)	СОП «Мотивация персонала медицинской организации и укрепление корпоративного духа, анкетирование персонала»	Согласно плану	Заместитель руководителя Абдиханова ГА Мамбетова МЕ Специалист по кадрам:Акимкулова Ж.К
18.1	Личные дела персонала медицинской организации, а также специалистов, привлекаемых на договорной основе, хранятся в соответствии с утвержденными внутренними процедурами медицинской организации. Содержание личных дел стандартизировано	СОП «Хранение личных дел, трудовых книжек»	04.01.2023г.- 05.01.2026г.	Специалист по кадрам:Акимкулова Ж.К
18.3	Личные дела каждого медицинского работника, а также специалистов, привлекаемых на договорной основе, содержит доказательство проверки подлинности у первоисточника документов об образовании работника, в соответствии с требованиями должностной инструкции	Все документы, личное дело сотрудников хранятся в отделе кадров	постоянно	Специалист по кадрам:Акимкулова Ж.К
18.4	Личное дело каждого медицинского работника, а также специалистов, привлекаемых на договорной основе, содержит результаты оценки деятельности персонала, проводимые один раз в год	При утверждении документа приказом первого руководителя оригинал документа регистрируется и хранится в отделе кадров	постоянно	Специалист по кадрам:Акимкулова Ж.К
19.1	В медицинской организации разрабатываются и используются учебные материалы (презентации и (или) видеоматериалы) для проведения вводного инструктажа кадровой службой, который включает ознакомление с организацией, запрет на домогательства, ответственность за соблюдение сохранности конфиденциальной информации о	Каждый новый сотрудник прибывший на производственную практику или обучение индивидуально получает вводный инструктаж. Сотрудники 1 раз в год подлежат медицинскому обследованию	По плану	Специалист по кадрам:Акимкулова Ж.К

	пациентах согласно законодательству Республики Казахстан			
20.1	При трудоустройстве проводится оценка клинических навыков врача, и утверждается список его клинических привилегий (перечень операций и процедур высокого риска, выполнение которых разрешено врачу в данной медицинской организации)	При трудоустройстве заведующим отделением проводится оценка клинических навыков врача, и утверждается список его клинических привилегий (перечень операций и процедур высокого риска, выполнение которых разрешено врачу в ОПЦ2)	При трудоустройстве	Заместитель руководителя Заведующие отделений Специалист по кадрам:Акимкулова Ж.К
20.2	При трудоустройстве проводится оценка навыков среднего медицинского персонала и утверждаются персональные списки компетенций в соответствии с процедурами медицинской организации	СОП « Оценка навыков среднего медицинского персонала»	04.январь2023	Заместитель руководителя Заведующие отделений Специалист по кадрам:Акимкулова Ж.К
20.3	При трудоустройстве проводится оценка навыков персонала параклинических структурных подразделений медицинской организации	СОП «Оценка навыков персонала параклинических структурных подразделений»	04.январь2023	Заместитель руководителя Заведующие отделений Специалист по кадрам:Акимкулова Ж.К
20.4	Один раз в три года или чаще проводится процедура пересмотра клинических привилегий врача с учетом оценки деятельности врача, его текущей квалификации (знаний, образования, навыков и опыта), исходов лечения, в том числе неблагоприятных исходов и других сведений* При несоответствии компетентности врача требованиям должностной инструкции, показателям работы или уровню квалификации, рассматривается вопрос отстранения врача от клинической практики в данной организации (ограничение привилегий) или	СОП «Пересмотр клинических привилегий»	04.январь2023	Заместитель руководителя Заведующие отделений Специалист по кадрам:Акимкулова Ж.К

	направление на обучение или менторство, либо расторжение договора в случае, если врач привлекается на договорной основе			
20.5	В медицинской организации ежегодно проводится переоценка компетенций персонала, параклинических структурных подразделений и средних медицинских работников	СОП «переоценка компетенций персонала, параклинических структурных подразделений и средних медицинских работников»	04.январь2023	Специалист по кадрам:Акимкулова Ж.К
21.1	<p>Утверждаются процедуры оценки и форма оценки медицинских работников.</p> <p>Форма оценки врача клинической специальности (врач, который проводит осмотр или лечение пациента) включает критерии:</p> <p>лечение и уход (врач оказывает эффективную и целесообразную медицинскую помощь);</p> <p>клинические знания (врач владеет нужными знаниями, применяет эти знания в работе);</p> <p>повышение квалификации (врач улучшает свою клиническую практику и знания);</p> <p>личные качества и коммуникабельность (врач поддерживает профессиональные взаимоотношения с пациентами и коллегами);</p> <p>этическая практика (врач относится к пациенту с состраданием, уважением к пациентам из разных социальных и культурных слоев);</p> <p>системное мышление (врач проявляет активность и гибкость в использовании нужных ресурсов);</p> <p>бережливое отношение к ресурсам (врач целесообразно и своевременно назначает лекарственные средства, исследования, консультации)</p>	СОП « Форма оценки врача клинической специальности»	04.январь2023	<p>Заместитель руководителя</p> <p>Заведующие отделений</p> <p>Специалист по кадрам:Акимкулова Ж.К</p>

21.2	При оценке врачей, среднего медицинского персонала и других работников, перечень которых определен медицинской организацией, учитываются установленные показатели работы (индикаторы деятельности) и эти показатели содержатся в личных делах	СОП « Форма оценки врача клинической специальности»	04.январь2023	Заместитнль руководителя Заведующие отделений Специалист по кадрам:Акимкулова Ж.К
21.3	Заполненная форма оценки персонала хранится в личном деле. Персонал организации ознакомлен с результатами оценки его работы	Заполненная форма оценки персонала хранится в личном деле. Персонал организации ознакомлен с результатами оценки его работы	постоянно	Специалист по кадрам:Акимкулова Ж.К
21.4	На основании результатов оценки определяется соответствие персонала занимаемой должности согласно требованиям законодательством Республики Казахстан	На основании результатов оценки определяется соответствие персонала занимаемой должности согласно требованиям законодательством Республики Казахстан	постоянно	Заместитнль руководителя Заведующие отделений Специалист по кадрам:Акимкулова Ж.К
21.5	Проводится оценка профессиональных компетенций и привилегий медицинского персонала (смотреть пункт 20 настоящего Стандарта)	СОП «оценка профессиональных компетенций и привилегий медицинского персонала»	04.январь2023	Заместитнль руководителя Заведующие отделений Специалист по кадрам:Акимкулова Ж.К
22.2	Медицинская организация проводит оценку безопасности рабочих мест в соответствии с законодательством Республики Казахстан и обеспечивает безопасные условия труда от физических и технических причин травматизма (профилактика падения, мероприятия по защите от удара током, использование алгоритмов и	СОП «Оценка безопасности рабочих мест»	04.январь2023	Менеджер по развитию Тулупов ДТ Специалист по кадрам:Акимкулова Ж.К

	<p>необходимого оборудования по переносу пациентов и тяжелых предметов с целью сохранности здоровья опорно-двигательного аппарата задействованного персонала, защита от воздействия высокого уровня шума). Правила организации, опрос кадровой службы или другие документы подтверждают, что случаи производственного травматизма и другие подлежащие отчетности сведения сообщаются в уполномоченные органы и расследуются руководством медицинской организации в рамках разбора инцидента (смотреть пункт 5 настоящего Стандарта)</p>			
22.3	<p>Медицинская организация проводит оценку безопасности рабочих мест в соответствии с законодательством Республики Казахстан и обеспечивает безопасные условия труда от биологических и химических причин травматизма (вакцинация, алгоритмы безопасности при уколе иглой, безопасность от воздействия токсикологических лекарственных средств). Правила организации, опрос кадровой службы или другие документы подтверждают, что случаи производственного травматизма и другие подлежащие отчетности сведения сообщаются в уполномоченные органы и расследуются руководством медицинской организации в рамках разбора инцидента (смотреть пункт 5 настоящего Стандарта)</p>	СОП «Оценка безопасности рабочих мест»	04.январь2023	<p>Специалист по кадрам:Акимкулова Ж.К</p>
22.4	<p>Медицинская организация проводит мониторинг рабочей нагрузки, создает условия психологической поддержки и эмоциональной разрядки персонала</p>	СОП «Программа обеспечения психологического Здоровья работников и предотвращения	04 Январь 2023	<p>Специалист по кадрам:Акимкулова Ж.К</p>

	для минимизации стресса и его контроля (антистрессовая комната, комната духовного уединения)	насилия на рабочем месте»		
22.5	Медицинская организация создает условия и проводит мероприятия для персонала по продвижению здорового образа жизни (спортивные мероприятия, мероприятия, направленные против табакокурения) **	Проводится тимбилдинг ,отражается в инстаграм,фейсбук,сайт	регулярно	Специалист ЗОЖ Байтемирова М
23.4	Для студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации, определяется уровень самостоятельности в оказании медицинской помощи (что делать под наблюдением, а что самостоятельно) описанный в инструктаже **	СОП «определение уровня самостоятельности в оказании медицинской помощи для студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе ОПЦ№2»	04 Январь 2023	Специалист по кадрам:Акимулова Ж.К
24.2	В медицинской организации реализуется механизм отчетности по договорам со стороны получателей услуг и товаров ответственному лицу по курации договоров (например, заведующий лабораторией дает оценку исполнения договора по полученным реагентам ответственному лицу по курации договоров) *	В ОПЦ2 реализуется механизм отчетности по договорам со стороны получателей услуг и товаров ответственному лицу по курации договоров	ежемесячно	Главный бухгалтер Ли Чан Де

План корректирующих мероприятий

№	Наименование критериев, полностью или частично несоответствующих стандартам аккредитации	Мероприятия по устранению несоответствия критериев стандартам аккредитации	Сроки завершения	Ответственное лицо
	№3 Глава			
25.3	Медицинской организацией определены эпидемиологические риски и (или) риски ИСМП, а также план мероприятий по их устранению	Разработаны реестр эпидемиологических рисков и риски ИСМП. Разработан план мероприятий по их устранению рисков.	04.01.2024г.	Врач Эпидемиолог Тиллабаева ТК
25.5	Не реже одного раза в квартал специалисты инфекционного контроля (члены комиссии инфекционного контроля) информируют персонал и руководство организации о результатах мониторинга индикаторов инфекционного контроля, и о рекомендациях для улучшения деятельности медицинской организации по вопросам инфекционного контроля	Ежеквартально члены комиссии инфекционного контроля информирует персонал и руководство организации о результатах мониторинга индикаторов ИК, и о рекомендациях для улучшения деятельности центра по вопросам ИК	05.01.2024г.	Врач Эпидемиолог Тиллабаева ТК
26.2	При разработке программы по инфекционному контролю учитываются рекомендации ВОЗ или другие профессиональные признанные источники, основанные на доказательной медицине	Разработан план мероприятий работы инфекциями, связанные с оказанием медицинской помощи по рекомендациями ВОЗ на 2024г.	05.01.2024г.	Председатель КИК заместитель руководителя Абдиханова ГА Врач Эпидемиолог Тиллабаева ТК

26.5	Разработаны и исполняются превентивные меры по сохранению здоровья персонала, включая вакцинацию, предотвращение укола иглой, оперативные мероприятия в случае укола иглой или попадание биологических жидкостей пациента на слизистые оболочки или в кровеносную систему медицинского работника	Разработан СОП по аварийным ситуациям (в случае укола иглой, попадание биологических жидкостей пациента на слизистые оболочки или в кровеносную систему медработника). Проведено повторное обучение.	04.01.2024г.	Врач Эпидемиолог Тиллабаева ТК
27.1	В медицинской организации внедряются алгоритмы по универсальным мерам предосторожности, применению средств индивидуальной защиты* Средства индивидуальной защиты используются персоналом в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации	Разработан СОП по применению СИЗ и проведено повторное обучение по СИЗ.	04.01.2024г.	Врач Эпидемиолог Тиллабаева ТК
27.4	Одноразовые изделия утилизируются (исключается повторное использование) после использования в соответствии с утвержденными процедурами организации и требованиями законодательства Республики Казахстан	Разработан СОП по применению одноразовых изделия после использования утилизируются	04.01.2023г.	Врач Эпидемиолог Тиллабаева ТК Старшие отделений.
28.1	Плановый самоконтроль методом смывов с эпидемиологически значимых объектов внешней среды в отделениях хирургического профиля, организациях охраны материнства и детства осуществляется 1 раз в месяц, в отделениях соматического профиля - 1 раз в 3 месяца.	Разработан план самоконтроля на 2024г и заключен договор с баклабораторией.	К 25.01.2024г.	Врач Эпидемиолог Тиллабаева ТК
28.2	Контроль стерильности инструментария, перевязочного материала, операционного белья, рук хирургов, кожи операционного поля в отделениях хирургического профиля, организациях охраны материнства и детства проводится 1 раз в неделю	Разработан план контроль стерильности инструментов и мягких материалов на 2024г. В договоре с бак. лабораторией указан, что в графике указан еженедельный контроль стерильности	К 25.01.2024г.	Врач Эпидемиолог Тиллабаева ТК

		инструментов и перевязочного материала, операционного белья, рук хирургов, кожи операционного поля в центре		
28.5	Разработан и исполняется алгоритм ухода за центральным венозным катетером (далее - ЦВК) в целях профилактики катетер-ассоциированных инфекций кровотока. Средний медицинский персонал ответственный за уход ЦВК демонстрирует осведомлённость о данном алгоритме	Разработан СОП по уходу за ЦВК и ежемесячно проводится мониторинг ЦВК.	04.01.2024г.	Врач Эпидемиолог Тиллабаева ТК Старшая медсестра отделения ОРПН
29.01.	Эндоскопы, используемые при нестерильных эндоскопических манипуляциях (введение эндоскопов через естественные пути в полости организма, имеющие собственный микробный пейзаж) и принадлежности к ним (клапаны, заглушки, колпачки), непосредственно после использования подлежат последовательно: <ul style="list-style-type: none"> • предварительной очистке; • окончательной очистке (окончательной очистке, совмещенной с дезинфекцией); • дезинфекции высокого уровня; • хранению в условиях, исключающих вторичную контаминацию микроорганизмами. Дезинфекция высокого уровня выполняется ручным (при полном погружении в раствор) или механизированным способами. Каналы и полости трубок при их наличии заполняются принудительно. Не допускается проведение дезинфекции высокого уровня эндоскопов способом протирания	Разработан СОП « Эндоскопы, используемые при нестерильных эндоскопических манипуляциях. Дезинфекция эндоскопов Проведены обучения и инструктаж медицинского персонала.»	04.01.2024г.	Врач Эпидемиолог Тиллабаева ТК Старшие отделений
29.2	Эндоскопическое оборудование и эндоскопы, для стерильных эндоскопических вмешательств, все виды	СОП «Эндоскопическое оборудование и эндоскопы, для стерильных	04.01.2024г.	Врач Эпидемиолог Тиллабаева ТК

	<p>инструментов к ним для стерильных и нестерильных вмешательств, непосредственно после использования подлежат последовательно:</p> <ul style="list-style-type: none"> • предварительной очистке; • предстерилизационной очистке, совмещенной с дезинфекцией; • стерилизации; • хранению в условиях, исключающих вторичную контаминацию микроорганизмами 	<p>эндоскопических вмешательств Дезинфекция эндоскопов» Проведены обучения и инструктаж медицинского персонала</p>		<p>Старшие отделений</p>
29.4	<p>Ответственный персонал (например, лаборант или врач-микробиолог, медицинская сестра отделения) демонстрирует доказательства проведения ежеквартального планового отбора проб смывов с и (или) из полностью обработанного и просушенного эндоскопа. Контролю подлежат: биопсионный канал, вводимая трубка, клапаны и гнезда клапанов.</p>	<p>Утвержден ежеквартальный плановый отбор проб смывов полностью обработанного и просушенного эндоскопа</p>	<p>04.01.2024г.</p>	<p>Врач Эпидемиолог Тиллабаева ТК Старшие отделений</p>
29.5	<p>При большом обороте эндоскопов (одновременное проведение обработки трех и более эндоскопов одного вида) применяется механизированный способ обработки эндоскопов с использованием моюще-дезинфицирующих машин. Другие условия обработки эндоскопов и чреспищеводных датчиков проводятся согласно рекомендациям производителя</p>	<p>Планируется приобретение моюще-дезинфицирующих машин.</p>	<p>04.01.2024г.</p>	<p>Врач Эпидемиолог Тиллабаева ТК Главный бухгалтер Специалист по Госзакупу</p>
30.1	<p>Персонал медицинской организации соблюдает требования законодательства в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Республике Казахстан по чистке (уборке), дезинфекции помещений и поверхностей</p>	<p>Разработан СОП по чистке (уборке), дезинфекции помещений и поверхностей. Для проведения уборки уборочные инвентари укомплектовано. Проведена повторное обучение среди сотрудников центра .</p>	<p>05.01.2024г.</p>	<p>Врач Эпидемиолог Тиллабаева ТК Старшие отделений</p>

30.3	<p>Дезинфекция и стерилизация медицинских изделий проводится с минимизацией риска инфекций, с соблюдением поточности процесса от «грязной» к «чистой» зоне. Персонал соблюдает этапность проведения стерилизации (сбор, транспортировка, учет, укладка, предстерилизационная очистка, стерилизация, упаковка, маркировка, доставка, хранение инструментов)</p>	<p>Проведена повторное обучение по дезинфекции и стерилизации медицинских изделий с соблюдением поточности процесса от грязной к чистой зоне.</p>	05.01.2024г.	<p>Врач Эпидемиолог Тиллабаева ТК</p> <p>Главная акушерка Примбетова РС</p>
30.5	<p>Обращение с чистым и грязным бельем, стирка белья проводится с минимизацией риска кросс-инфекции. Персонал соблюдает процедуры по обращению с бельем (сбор, транспортировка, передача, стирка, глажка, учет, раздача, применение)</p>	<p>Проведена повторное обучение по обращению с бельем.</p>	05.01.2024г.	<p>Врач Эпидемиолог Тиллабаева ТК</p> <p>Старшие отделений</p>
31.3	<p>Отходы утилизируются безопасным образом в соответствии с законодательством Республики Казахстан*** Острые, колющие и режущие медицинские отходы и предметы утилизируются в специальные водонепроницаемые и не прокалываемые одноразовые емкости, заполняемые не более чем на три четвертых объема и по заполнению, плотно закрываются крышкой</p>	<p>Проведена повторное обучение по острым, колющим и режущим медицинским отходам.</p>	05.01.2024г.	<p>Врач Эпидемиолог Тиллабаева ТК</p> <p>Старшие отделений</p>
31.4	<p>Остатки и компоненты крови, биологические жидкости, ткани организма хранятся и утилизируются с минимизацией риска инфицирования в маркированных контейнерах, согласно классификации отходов, с соблюдением температурного режима и сроков временного хранения. Жидкие биологические медицинские отходы после обезвреживания химическими методами (дезинфекции) сливаются в систему водоотведения</p>	<p>Проведено повторное обучение по жидким биологическим медицинским отходам.</p>	05.01.2024г.	<p>Врач Эпидемиолог Тиллабаева ТК</p> <p>Старшие отделений</p>

33.3	Дополнительное обучение по инфекционному контролю проводится для студентов, слушателей резидентуры, других лиц, обучающихся на базе медицинской организации	Составлен дополнительный план обучение по ИК для студентов, слушателей резидентуры на базе центра.	05.01.2024г.	Заместитель руководителя по леч-проф вопросам Абдиханова ГА Врач Эпидемиолог Тиллабаева ТК
33.5	В случае ухудшения показателей индикаторов мониторинга инфекционного контроля, в медицинской организации проводится дополнительное обучение медицинского персонала по вопросам инфекционного контроля	Проведено дополнительное обучение медицинского персонала по вопросам ИК	05.01.2024г.	Врач Эпидемиолог Тиллабаева ТК
34.5	Персонал пищеблока медицинской организации проходит медицинский осмотр, профессиональную подготовку (квалификацию, специальность), соответствующую характеру выполняемых работ, а также обучение и аттестацию в области соблюдения требований норм санитарно-эпидемиологического благополучия населения Республики Казахстан, обеспечивающих безопасность производства пищевых продуктов **	Проведено повторное обучение персоналом пищеблока	05.01.2024г.	Диетсестра
35.5	Места приготовления пищи и мытья посуды обеспечены раковинами с подводкой холодной и горячей воды, утилизационной системой, а также средствами для мытья рук.	Проведено повторное обучение персоналом пищеблока	05.01.2024г.	Диетсестра
39.2	Стены и потолки в коридорах, помещениях, палатах, смотровых и процедурных кабинетах не имеют повреждений, пятен и дефектов представляющие эпидемиологические риски, а также риски связанных с износом конструкций здания	Повторно проведено обучение с персоналом центра - СОП безопасность здания	05.01.2024г.	Врач Эпидемиолог Тиллабаева ТК Завхоз Бертай О

39.3	Постельное белье и койки способствуют комфортному и безопасному пребыванию пациентов	Проведено повторное обучение персоналом по безопасному пребыванию пациентов.	05.01.2024г.	Врач Эпидемиолог Тиллабаева ТК Старшие отделений
39.4	Туалеты и санитарные узлы обеспечивают приватное пребывание пациента и посетителей, укомплектованы и оборудованы средствами для гигиены	Санитарные узлы туалеты с целью обеспечение приватности пациента загорожена шторами для ванны	05.01.2024г.	Врач Эпидемиолог Тиллабаева ТК Старшие отделений
39.5	В зонах ожиданий пациентов и общих коридорах функционирует вытяжная вентиляция с однократным воздухообменом, приточная вентиляция с двукратным воздухообменом. В душевых, туалетах, санитарных комнатах присутствует вытяжная вентиляция с механическим побуждением без устройства организованного притока , обеспечивающая оптимальные условия микроклимата и воздушной среды.	В зоне ожидания пациентов и в коридоре функционирует вытяжная вентиляция с однократным воздухообменом, приточная вентиляция с двукратным воздухообменом.	05.01.2024г.	Врач Эпидемиолог Тиллабаева ТК Старшие отделений
40.2	Сотрудниками охранной службы проводится мониторинг (видеонаблюдение и обход) здания и территории с целью охраны и защиты	Сотрудниками охранной службы усилен контроль безопасности с целью охраны и защиты людей	05.01.2024г	Завхоз Бертай О
40.5	Сотрудники охранной службы и персонал обучаются стандартизированным действиям при кодах безопасности (слаженные мероприятия персонала обеспечивающих спасение пациента(ов), персонала и посетителей)** Код синий – мероприятия персонала по оказанию своевременной реанимационной помощи при остановке сердца, дыхания, судорожном синдроме Код красный – мероприятия персонала по	Сотрудники охранной службы обучены действиями при кодах безопасности	04.01.2023	Зав ОАРТ Батыршаев НМ, Инженер ТБО Байкошкарлова Д,Зав ОПН Сапиева ГБ Врач Ешенкулова КА

	<p>оповещению и тушению пожара, эвакуации пациентов и посетителей</p> <p>Код розовый – оперативный поиск потерявшихся детей и престарелых в здании и на территории медицинской организации</p> <p>Код белый – оперативная защита персонала и пациентов от агрессивных пациентов</p>			
41.3	<p>Для безопасной эвакуации из здания при пожаре и других чрезвычайных ситуациях пути эвакуации поддерживаются в свободном состоянии. В наличии имеются информационные и указательные знаки (указатели выхода, размещения пожарного инвентаря и гидрантов), схемы эвакуации, с указанием знака, где расположена схема эвакуации на карте эвакуации (знак «Вы здесь», который может быть наклеен или обозначен ответственным персоналом на схему эвакуации)</p>	<p>Для безопасной эвакуации из здания при пожаре и других чрезвычайных ситуациях пути эвакуации поддерживаются в свободном состоянии. В наличии имеются информационные и указательные знаки (указатели выхода, размещения пожарного инвентаря и гидрантов), схемы эвакуации, с указанием знака, где расположена схема эвакуации на карте эвакуации (знак «Вы здесь», который может быть наклеен или обозначен ответственным персоналом на схему эвакуации)</p>	постоянно	Инженер ТБО Байкошкарлова Д
41.4	<p>Персонал демонстрирует знания по соблюдению алгоритмов действий при пожаре, включая использование огнетушителей, эвакуации, правила по использованию пожарных гидрантов, правила отключения кислорода</p>	<p>Персонал демонстрирует знания по соблюдению алгоритмов действий при пожаре, включая использование огнетушителей, эвакуации, правила по использованию пожарных гидрантов, правила отключения кислорода</p>	постоянно	Инженер ТБО Байкошкарлова Д
42.2	<p>Персонал обучается и демонстрирует действия, выполняемые при пожаре, включая сообщение о пожаре, навыки применения огнетушителя</p>	<p>Персонал обучается и демонстрирует действия, выполняемые при пожаре, включая сообщение о пожаре, навыки применения огнетушителя</p>	постоянно	Инженер ТБО Байкошкарлова Д
42.3	<p>Персонал обучается и демонстрирует знания по</p>	<p>Персонал обучается и демонстрирует</p>	постоянно	Инженер ТБО

	вопросам эвакуации пациентов, информирован о расположении пожарных выходов, правилах использования пожарных гидрантов, правилах отключения кислорода	знания по вопросам эвакуации пациентов, информирован о расположении пожарных выходов, правилах использования пожарных гидрантов, правилах отключения кислорода		Байкошкарлова Д
42.4	Специалисты, привлекаемые на договорной основе, резиденты, интерны и арендаторы помещений обучаются и осведомлены о правилах пожарной безопасности (расположение пожарных выходов, огнетушителей, эвакуация пациентов) и демонстрируют навыки использования огнетушителей	Специалисты, привлекаемые на договорной основе, резиденты, интерны и арендаторы помещений обучаются и осведомлены о правилах пожарной безопасности (расположение пожарных выходов, огнетушителей, эвакуация пациентов) и демонстрируют навыки использования огнетушителей	При подписании договора	Инженер ТБО Байкошкарлова Д
44.1	Определяется список опасных материалов и не биологических отходов (радиоактивные диагностические материалы, радиотерапевтические материалы, цитотоксические препараты, ртуть, горючие газы (включая кислород), спирт в больших объемах в одной емкости) медицинской организации с указанием названий (состава), мер предосторожности, мест хранения и применимых для маркировки предупреждающих знаков	Проведено повторное обучение с персоналом с опасными материалами и соблюдению мер предосторожности, мест хранения.	05.01.2024г.	Эпидемиолог Провизор Зав.хоз Старшие отд
44.2	Прописываются и исполняются требования к обращению с опасными материалами, включая их маркировку, хранение, ношение защитных средств при работе, транспортировке, утилизации*	Проведено повторное обучение по обращению с опасными материалами и утилизации.	05.01.2024г.	Эпидемиолог Провизор Зав.хоз
44.3	Все опасные материалы и отходы маркируются с указанием названия (состава), срока годности (если применимо) и применимых предупреждающих знаков	Проведено повторное обучение с опасными материалами и отходы, с указанием названия, срока годности и применимых предупреждающих знаков	05.01.2024г.	Эпидемиолог Провизор Зав.хоз Старшие отд

44.4	В местах применения опасных материалов имеется доступная информация по мерам предосторожности в виде информационных знаков	Проведено повторное обучение по мерам предосторожности в виде информационных знаков Наглядная информация имеется	05.01.2024г.	Эпидемиолог Провизор Завхоз Старшие отд
45.3	Проводится и документируется профилактическое обслуживание, тестирование, калибровка, поддержание, ремонт медицинского оборудования: профилактическое обслуживание каждой единицы оборудования проводится с частотой согласно инструкции производителя или чаще; частота профилактического обслуживания прописана в документах медицинской организации; график профилактического обслуживания оборудования составляется ежегодно; определяется список и ведется учет всего медицинского оборудования **	Составлен график профилактического обслуживания медицинского оборудования.	05.01.2024г	Инженер МТ
45.4	Проводится обучение персонала, работающего с оборудованием безопасной работе с медицинским оборудованием. Обученный и компетентный персонал допускается к работе с медицинским оборудованием **	Составлен план обучение по безопасной работе с медицинским оборудованием	05.01.2024г	Инженер МТ
46.3	Ответственными лицами медицинской организации проводится мониторинг системы вентиляции с документированием результатов проведенного мониторинга. Раз в год проводится полная очистка системы кондиционирования у всех кондиционеров	Мониторинг системы вентиляции с документированием имеется	05.01.2024г.	Завхоз
46.4	Для предупреждения пылевого загрязнения в системе вентиляции устанавливаются фильтры, которые	Запланировано заключит договор на очистку и дезинфекции вентиляционной	2 квартал 2024	Завхоз

	<p>меняются с частотой согласно рекомендации производителя. В случае если применение фильтров в системе вентиляции не применимо, то установлены и проверяются на периодичной основе защитные сетки. Фильтры кондиционеров меняются или очищаются согласно рекомендациям производителя</p>	<p>системы на 2 квартал 2024г. Очистка и замену фильтров кондиционеров 2 квартал 2024г.</p>		
47.4	<p>Имеется договор об обеспечении организации привозной водой в случае отключения водоснабжения. Разработаны алгоритмы доставки привозной воды в места пользования** Если альтернативным источником водоснабжения служит скважина, то микробиологическое и биохимическое качество воды подтверждается раз в полгода, с заключением эпидемиолога о применимости воды в качестве альтернативного источника водоснабжения .</p>	<p>Разработан алгоритмы доставки привозной воды в места пользования. Договор с горводаканалом имеется Запланировано заявка на 2 квартал 2024года для микробиологического и биохимического качество воды</p>	05.01.2024г.	<p>Госзакуп Эпидемиолог Завхоз</p>
48.2	<p>Ежегодно проводится анализ системы управления оборотом лекарственных средств и медицинских изделий, включающий: планирование и закуп; хранение; врачебные назначения; приготовление или разведение; введение лекарственных средств пациенту; мониторинг лечебного эффекта **</p>	<p>Ежегодно проводится анализ системы управления оборотом лекарственных средств и медицинских изделий, включающий: планирование и закуп; хранение; врачебные назначения; приготовление или разведение; введение лекарственных средств пациенту; мониторинг лечебного эффекта</p>	Раз в год	Ио провизор
48.3	<p>Проводится анализ системы управления лекарственными средствами и медицинскими изделиями, включающий оценку рисков (выявление проблем или зон высокого риска, связанных с использованием лекарственных средств) **</p>	<p>Усилен контроль анализа системы управления ЛС и ИМН</p>	05.01.2024г.	<p>Провизор Старшие отд</p>
48.4	<p>Разрабатываются и исполняются процедуры, описывающие каждый этап управления</p>	<p>СОП по приготовление или разведению; введению лекарственных средств пациенту;</p>	05.01.2024г.	<p>Провизор Врачи</p>

	лекарственными средствами и медицинскими изделиями: планирование и закуп; хранение; врачебные назначения; приготовление или разведение; введение лекарственных средств пациенту; мониторинг эффекта лекарственных средств *	мониторинг лечебного эффекта		Старшие отд
48.5	Создается и функционирует формулярная комиссия, рассматривающая вопросы управления лекарственными средствами и медицинскими изделиями, включая утверждение формулярного списка **	Создается и функционирует формулярная комиссия, рассматривающая вопросы управления лекарственными средствами и медицинскими изделиями, включая утверждение формулярного	04.01.2023	Заместитель руководителя Ио провизор
49.1	Все лекарственные средства и медицинские изделия хранятся с указанием названия (содержания), установленными сроками годности. В помещениях хранения лекарственные средства хранятся отдельно: по фармакологическим группам; в зависимости от способа применения (внутреннее, наружное); в зависимости от агрегатного состояния;	Усилен контроль по хранению лекарственных средств и ИМН с указанием названия содержания установленным сроком годности и хранения по фармакологическим группам	05.01.2024г.	Провизор Старшие отд
49.3	Наркотические и другие лекарственные средства, подлежащие строгому учету и контролю, хранятся в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***	СОП Наркотические и другие лекарственные средства, подлежащие строгому учету и контролю, хранятся в сейфе, ключ у ответственного врача	05.01.2024г.	Провизор Врачи Старшие отд
49.5	Персоналом аптеки проводится контроль всех мест хранения лекарственных средств и медицинских изделий в медицинской организации для обеспечения хранения лекарственных средств в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан ***	Персоналом аптеки проводится контроль всех мест хранения лекарственных средств и медицинских изделий в медицинской организации для обеспечения хранения лекарственных средств в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан	регулярно	Провизор Врачи Старшие отд

50.2	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется соблюдение порядка обращения лекарственных средств и медицинских изделий, приобретённых пациентом (личных, принесенных извне) *	СОП по соблюдению порядка обращения лекарственных средств и медицинских изделий, приобретённых пациентом	05.01.2024г.	Заместитель руководителя по леч проф работе Заведующие подразделений Старшие отд
50.3	Руководством медицинской организации утверждается и контролируется порядок обращения с наборами лекарственных средств и медицинских изделий для экстренных случаев (противошоковая укладка, противоэпидемическая укладка, реанимационный набор), включая их защиту от кражи и потери, своевременную проверку готовности набора и восполнение содержимого	Составлен график по своевременной проверке готовности набора и восполнению содержимого	05.01.2024г.	Заместитель руководителя по леч проф работе Заведующие подразделений Старшие отд
50.4	Наборы лекарственных средств и медицинских изделий для экстренных случаев хранятся вместе (или рядом) с утвержденными руководством алгоритмами по их применению в зависимости от вида экстренного случая (алгоритм действий при анафилактическом шоке, остановке сердца и другие)	В каждом наборе для экстренных случаев присутствует алгоритм действий согласно клиническим протоколам.	05.01.2024г.	Старшие отд
51.4	Проводится проверка назначений лекарственных средств в текущих медицинских картах для выяснения обоснованности и полноты назначения (смотреть подпункт 2) пункта 9 и подпункт 3) пункта 54 настоящего Стандарта)	Проводится проверка назначений лекарственных средств в текущих медицинских картах для выяснения обоснованности и полноты назначения	ежемесячно	Заместитель руководителя по леч проф работе Заведующие подразделений
51.5	Установлены и соблюдаются алгоритмы, применяемые при устном назначении лекарственных средств в экстренных ситуациях и обеспечивающих принципы надежной передачи и приема информации (устное	СОП При устном назначении лекарственных средств в экстренных ситуациях.	05.01.2024г.	Старшие отд

	повторение услышанного назначения)			
52.2	Медицинский персонал следует алгоритмам и этапам гигиены рук при приготовлении и введении пациенту лекарственных средств	Проведено обучение и инструктаж на рабочих местах по гигиене рук	05.01.2024г.	Эпидемиолог Старшие отд
52.4	Безопасное введение лекарственных средств в медицинской организации обеспечивается проверкой правильности пяти пунктов: тот ли это пациент, лекарственное средство, доза, путь введения, время и частота приема	Безопасное введение лекарственных средств в медицинской организации обеспечивается проверкой правильности пяти пунктов: тот ли это пациент, лекарственное средство, доза, путь введения, время и частота приема	ежемесячно	Заместитель руководителя по леч проф работе Заведующие подразделений
52.5	Прописывается процесс самостоятельного введения пациентом лекарственных средств (ингалятор или инсулиновая ручка) *. Пациенты с соответствующей патологией подтверждают, что обучены самостоятельному применению ингалятора или инсулиновой ручки согласно прописанному процессу	СОП по обучению пациента самостоятельному применению ингалятора или инсулиновой ручки согласно прописанному процессу	05.01.2024г.	Заведующие подразделений Старшие отд
54.4	Врачи и другие пользователи информированы о требованиях программы или руководства по контролю антибиотиков	Частичное		Заместитель руководителя по леч проф работе Заведующие подразделений

План корректирующих мероприятий

№	Наименование критериев, полностью или частично несоответствующих стандартам аккредитации	Мероприятия по устранению несоответствия критериев стандартам аккредитации	Сроки завершения	Ответственное лицо
	Глава 4: Лечение и уход за пациентом			
55.1	Руководством медицинской организации утверждается и исполняется стандартная операционная процедура (далее – СОП) идентификации пациента, описывающая процесс идентификации пациента с применением не менее двух идентификаторов пациента. Например, в качестве первого идентификатора может быть использовано имя и фамилия пациента, а в качестве второго полная дата рождения. СОП также описывает процедуру идентификации людей, поступающих в медицинскую организацию экстренно без сознания и без документов, а также запрет на использование коек и палат в качестве идентификаторов пациента *	СОП 02-06-02 СОП «Правила идентификация пациента»	04.01.2023	Заведующий приемным отделением Акбердиев ДН
55.2	Пациент идентифицируется в соответствии с СОП перед каждой процедурой, операцией, инъекцией, приемом	СОП 02-06-02 СОП «Правила идентификация пациента»	04.01.2023	Заведующий приемным отделением

	лекарственного средства, взятием биоматериала и других ситуациях. Сестринский и врачебный персонал демонстрируют осведомлённость о процедурах по идентификации пациента			Акбердиев ДН
55.3	В стационаре идентификация пациента облегчается путем использования идентификационного браслета с двумя идентификаторами, либо через другие альтернативные способы идентификации пациента, утвержденные руководством медицинской организации	СОП 02-06-02 СОП « Правила идентификация пациента»	04.01.2023	Заведующий приемным отделением Акбердиев ДН
55.4	Идентификаторы пациента присутствуют во всех формах медицинских карт. На контейнерах с биоматериалами пациента присутствуют идентификаторы пациента или штрих-код, синхронизированный с информационной системой, отражающей идентификаторы пациента	СОП 02-06-02 СОП « Правила идентификация пациента»	04.01.2023	Заведующий приемным отделением Акбердиев ДН
55.5	Процесс идентификации пациента контролируется через индикаторы, которые применяются для повышения безопасности пациента** Например, индикатором может быть процент правильной	СОП 02-06-02 СОП « Правила Идентификации пациента»	04.01.2023	Заведующий приемным отделением Акбердиев ДН

	идентификации контейнеров с биоматериалом пациентов от проверенного количества контейнеров с биоматериалом пациентов			
56.1	Разрабатывается и исполняется СОП приема и передачи информации устно и (или) по телефону, где прописано, что получатель информации записывает и прочитывает сообщение вслух, сообщающее лицо подтверждает правильность сообщения	СОП 02-06-04 Правила передача информации о пациенте устно и по телефону	04.01.2023	Заведующий приемным отделением Акбердиев ДН
56.2	Сообщения о критических результатах лабораторных и диагностических исследований, устные назначения лекарственных средств пациенту передаются согласно СОП приема и передачи информации устно и (или) по телефону	СОП 02-06-04 Правила передача информации о пациенте устно и по телефону	04.01.2023	Заведующий приемным отделением Акбердиев ДН
56.4	Разрабатываются и исполняется СОП по безопасной передаче пациента между отделениями и (или) службами по дальнейшей курации пациента, с указанием идентификационных данных пациента, идентификационных данных передающего и принимающего персонала, времени передачи, основных витальных показателей пациента и других показателей (если применимо) при передаче пациента (критерий применим для медицинских организаций, оказывающих анестезиологическое пособие и	СОП 02-06-04 Правила передача информации о пациенте устно и по телефону	04.01.2023	Заведующий приемным отделением Акбердиев ДН

	хирургическое лечение).			
56.5	Процесс передачи устной и (или) телефонной информации при сообщении критических результатов лабораторных и диагностических исследований и процесс передачи пациента между организациями и службами мониторируется через индикатор (индикаторы), которые применяются для повышения безопасности пациента	СОП 02-06-04 Правила передача информации о пациенте устно и по телефону	04.01.2023	Заведующий приемным отделением Акбердиев ДН
57.1	Разрабатывается и исполняется СОП, описывающая обращение с лекарственными средствами высокого риска* Процедура включает: маркировку лекарственных средств высокого риска; хранение лекарственных средств высокого риска; назначение и применение – если есть особенности; список лекарственных средств высокого риска*	СОП 02-06-05 Правила обращения с медикаментами высокого риска СОП 02-06-59 Стандарт операционных процедур: Правила использования, хранения медикаментов, подлежащих строгому учету, со схожим названием и схожей упаковкой	04.01.2023	Заведующий приемным отделением Акбердиев ДН
57.3	Разрабатывается и исполняется СОП, описывающая обращение с лекарственными средствами со схожим названием и схожей упаковкой. Процедура включает: маркировку лекарственных средств со схожим названием и схожей упаковкой; запрет на хранение лекарственных средств на одной полке или рядом, если у них созвучны названия или схожий внешний вид;	СОП 02-06-05 Правила обращения с медикаментами высокого риска	04.01.2023	Заведующий приемным отделением Акбердиев ДН

	назначение и применение – если есть особенности; список лекарственных средств со схожим названием и схожей упаковкой			
57.4	Ответственный персонал (врачи, средний медицинский персонал, персонал аптеки) осведомлены о требованиях по обращению с лекарственными средствами высокого риска, концентрированными электролитами, с лекарственными средствами со схожим названием и схожей упаковкой.	СОП 02-06-05 Правила обращения с медикаментами высокого риска	04.01.2023	Заведующий приемным отделением Акбердиев ДН
57.5	Обращение с концентрированными электролитами, лекарственными средствами высокого риска и лекарственными средствами со схожим названием, и схожей упаковкой контролируются через индикаторы, которые применяются для повышения безопасности пациента	СОП 02-06-05 Правила обращения с медикаментами высокого риска Частичное	04.01.2023	Заведующий приемным отделением Акбердиев ДН
58.1	В медицинской организации разрабатываются и исполняется СОП, описывающая процесс маркировки места операции и (или) инвазивной процедуры высокого риска, а также процедуры предоперационной верификации и тайм-аута для обеспечения правильного участка тела, правильной процедуры и операции и идентификации пациента *.	СОП 02-06-07 Правила маркировки операционного участка и проведения процедуры тайм-аут	04.01.2023	Заведующий приемным отделением Акбердиев ДН

58.3	<p>В соответствии с процедурами и формой, утвержденными руководством медицинской организации осуществляется предоперационная верификация, включающая проверку процессов:</p> <ul style="list-style-type: none"> подтверждение пациентом своих идентификаторов (полное имя, дата рождения); подтверждение пациентом информированного согласия на осуществление оперативного вмешательства или процедуру высокого риска; подтверждение пациентом участка оперативного вмешательства (сторона и участок тела и (или) орган); маркировка места операции; наличие или отсутствие аллергии у пациента; проблемы дыхательных путей у пациента. 	<p>СОП 02-06-07 Правила маркировки операционного участка и проведения процедуры тайм-аут</p>	04.01.2023	Заведующий приемным отделением Акбердиев ДН
58.4	<p>Вся хирургическая команда участвует в процедуре тайм-аута, включающего следующие этапы:</p> <ul style="list-style-type: none"> идентификация пациента; подтверждение названия оперативного вмешательства или инвазивной процедуры; подтверждение участка и стороны оперативного вмешательства или инвазивной процедуры; готовность хирургической бригады к операции. <p>Тайм-аут документируется в медицинской карте.</p>	<p>СОП 02-06-07 Правила маркировки операционного участка и проведения процедуры тайм-аут</p>	04.01.2023	Заведующий приемным отделением Акбердиев ДН

58.5	Выполнение предоперационной верификации и процедуры тайм-аута контролируются через индикаторы, которые применяются для повышения безопасности пациента **.	СОП 02-06-07 Правила маркировки операционного участка и проведения процедуры тайм-аут	04.01.2023	Заведующий приемным отделением Акбердиев ДН
59.1	Разрабатываются и исполняются основанные на доказательной базе (литературе) процедуры, описывающие виды и этапы мытья рук (обработки рук), а также показания для обработки рук *.	СОП 02-06-66 Правила гигиены рук	04.01.2023	Заведующий приемным отделением Акбердиев ДН
59.2	Процедуры по обработке рук выполняются по всей медицинской организации.	СОП 02-06-66 Правила гигиены рук	04.01.2023	Заведующий приемным отделением Акбердиев ДН
60.1	В медицинской организации созданы как минимум следующие условия минимизирующие риск падения пациентов: выдача колясок, тростей, костылей нуждающимся в этом пациентам, маркировка первой и последней лестницы, установки табличек мокрый пол при мойке полов, поручни в санитарных узлах, на полах отсутствуют разбитый кафель и порванный линолеум создающие риск падения, высокие пороги.	СОП 02-06-03 Правила профилактики падений	04.01.2023	Заведующий приемным отделением Акбердиев ДН
60.2	Процедура оценки риска падения имеет четкие критерии и проводится пациентам стационара, а также	СОП 02-06-03 Правила профилактики падений	04.01.2023	Заведующий приемным отделением

	пациентам, получающим услуги высокого риска.			Акбердиев ДН
60.3	Оценка и переоценка риска падения (после анестезии, хирургического вмешательства или определенных процедур высокого риска) выполняются, когда это требуется и своевременно документируются в медицинской карте .	СОП 02-06-03 Правила профилактики падений	04.01.2023	Заведующий приемным отделением Акбердиев ДН
60.4	Выполняются действия по профилактике падений, включая сопровождение пациентов с высоким риском падения и другие действия, определенные в правилах медицинской организации (смотреть пункт 61 настоящего Стандарта).	СОП 02-06-03 Правила профилактики падений	04.01.2023	Заведующий приемным отделением Акбердиев ДН
60.5	Мероприятия по профилактике падений контролируются через индикатор (индикаторы), которые применяются для повышения безопасности пациента .	Мероприятия по профилактике падений контролируются через индикатор, который применяется для повышения безопасности пациента	ежемесячно	Заведующий приемным покоем Акбердиев ДН
61.1	Вход в здание оборудованы путями и пандусами, доступные для людей с ограниченными возможностями в соответствии с законодательством Республики Казахстан *** и распоряжениями местных исполнительных органов. Вход в здание оборудован поручнями и перилами.	СОП «медицинская помощь лицам с ограниченными возможностями»	04.01.2023	Заведующий приемным покоем Акбердиев ДН Зав хоз Бертай О

61.3	Исполняются процедуры по обеспечению сопровождения лиц с ограниченными возможностями (смотреть подпункт 4) пункта 60 настоящего Стандарта)	СОП «медицинская помощь лицам с ограниченными возможностями»	04.01.2023	Заведующий приемным покоем Акбердиев ДН
62.5	Весь персонал осведомлен и обучен правам пациента и их законных представителей, включающий права на приватность и конфиденциальность, уважительное отношение, безопасность и полный доступ к информации касательно его лечения **.	Весь персонал осведомлен и обучен правам пациента и их законных представителей, включающий права на приватность и конфиденциальность, уважительное отношение, безопасность и полный доступ к информации касательно его лечения	постоянно	Заведующие подразделениями
63.1	Здание (здания), помещения здания (зданий) (коридоры, холлы) медицинской организации и прилегающая к ней территория оборудованы необходимыми информационными и указательными знаками.	Здание , помещения зданий, коридоры, холлы ОПЦ2 и прилегающая к ней территория оборудованы необходимыми информационными и указательными знаками.	постоянно	Зав хоз Бертай О
63.2	При обращении пациентов с коммуникативными проблемами (языковой барьер, потеря слуха, потеря речи) медицинская организация предпринимает все необходимые меры для обеспечения их надлежащей медицинской помощью.	При обращении пациентов с коммуникативными проблемами (языковой барьер, потеря слуха, потеря речи) ОПЦ2 предпринимает все необходимые меры для обеспечения их надлежащей медицинской помощью.	постоянно	Заведующий приемным покоем Акбердиев ДН
63.3	Медицинский персонал не ограничивает культурные или духовные предпочтения пациентов и не	Медицинский персонал не ограничивает культурные или духовные предпочтения	постоянно	Заместитель руководителя

	препятствует пациентам в доступе к духовной помощи. Осмотр пациента, лечебное и диагностические процедуры учитывают культурные и религиозные убеждения.	пациентов и не препятствует пациентам в доступе к духовной помощи. Осмотр пациента, лечебное и диагностические процедуры учитывают культурные и религиозные убеждения.		Абдиханова ГА
63.4	Медицинская организация обеспечивает приватность пациента в процессе лечения и предоставления ухода, включая потребность в приватности по культурным и религиозным убеждениям.	СОП «Приватность пациента в процессе лечения и предоставления ухода, включая потребность в приватности по культурным и религиозным убеждениям» Есть список религиозных учреждений	04.01.2023	Заместитель руководителя Абдиханова ГА
64.1	В организации существует и используется процесс приема обращений от пациентов и их законных представителей относительно нарушения прав пациента, персонал осведомлен о данном процессе.	СОП «Прием обращений от пациентов и их законных представителей относительно нарушения прав пациента» Персонал ознакомлен о данном процессе	04.03.2023	Заместитель руководителя Мамбетова МЕ Врач Ешенкулова КА
64.2	Информация о процедуре подачи обращений доступна для пациентов. Регистратура имеет журналы обращений (жалобы, благодарности) и предоставляет их пациенты по запросу.	Информация о процедуре подачи обращений доступна для пациентов. Регистратура имеет журналы обращений (жалобы, благодарности) и предоставляет их пациенты по запросу.	постоянно	Врач Ешенкулова КА
64.3	Обращения пациентов и их законных представителей рассматриваются своевременно и объективно в течение периода времени, определенного законодательством Республики Казахстан ***.	Обращения пациентов и их законных представителей рассматриваются своевременно и объективно в течение периода времени, определенного законодательством Республики Казахстан	постоянно	Врач Ешенкулова КА
64.5	Результаты анализа обращений используются для	Результаты анализа обращений	постоянно	Врач Ешенкулова КА

	повышения качества медицинских услуг организации здравоохранения.	используются для повышения качества медицинских услуг ОПЦ2		
65.2	Пациенты медицинской организации подтверждают, что прошли процедуру ознакомления с общим информированным согласием и его подписанием.	Все пациенты подтверждают что прошли процедуру ознакомления с общим информированным согласием и его подписанием	постоянно	Заместитель руководителя Абдиханова ГА Заведующий приемным покоем Акбердиев ДН
65.4	При ознакомлении с общим информированным согласием пациенты или их законные представители ставят подпись и информируются об исследованиях, процедурах и лечении, требующих отдельного специального информированного согласия, указывают согласие или не согласие на фото и (или) видео съемку.	При ознакомлении с общим информированным согласием пациенты или их законные представители ставят подпись и информируются об исследованиях, процедурах и лечении, требующих отдельного специального информированного согласия, указывают согласие или не согласие на фото и (или) видео съемку.	постоянно	Заместитель руководителя Абдиханова ГА Заведующий приемным покоем Акбердиев ДН
66.2	Формы и содержание специальных информированных согласий разрабатываются совместно с врачами и лицами, которые оказывают процедуры и лечение высокого риска **. Опрашиваемый персонал демонстрирует осведомленность о процедуре получения специального информированного согласия.	Формы и содержание специальных информированных согласий разработаны совместно с врачами и лицами, которые оказывают процедуры и лечение высокого риска . Опрашиваемый персонал демонстрирует осведомленность о процедуре получения специального информированного согласия .	постоянно	Заместитель руководителя Абдиханова ГА Заведующий приемным покоем Акбердиев ДН
66.4	Информация специального информированного	Информация специального	постоянно	Заместитель

	согласия пациента или их законных представителей на процедуры и лечение высокого риска включает описание преимуществ и рисков запланированного лечения	информированного согласия пациента или их законных представителей на процедуры и лечение высокого риска включает описание преимуществ и рисков запланированного лечения		руководителя Абдиханова ГА Заведующий приемным покоем Акбердиев ДН
67.2	Отказ от лечения или части лечения с указанием возможных неблагоприятных последствий для здоровья оформляется в специальной форме отказа и подписывается пациентом либо его законным представителем, а также задействованным медицинским работником в соответствии с утвержденными руководством процедурами медицинской организации.	Отказ от лечения или части лечения с указанием возможных неблагоприятных последствий для здоровья оформляется в специальной форме отказа и подписывается пациентом либо его законным представителем, а также задействованным медицинским работником в соответствии с утвержденными руководством процедурами ОПЦ2.	постоянно	3 Заместитель руководителя Абдиханова ГА аведующий приемным покоем Акбердиев ДН
67.4	При отказе от лечения или части лечения, медицинский персонал информирует его об альтернативных видах лечения, возможных рисках и осложнениях вследствие отказа и документирует.	При отказе от лечения или части лечения, медицинский персонал информирует его об альтернативных видах лечения, возможных рисках и осложнениях вследствие отказа и документирует.	постоянно	Заместитель руководителя Абдиханова ГА Заведующий приемным покоем Акбердиев ДН
67.5	Персонал демонстрирует осведомленность о своих действиях при отказе пациента от лечения или части лечения, а также при запросе предоставить информацию о процессе проводимого лечения для возможного получения второго мнения.	Персонал демонстрирует осведомленность о своих действиях при отказе пациента от лечения или части лечения, а также при запросе предоставить информацию о процессе проводимого лечения для возможного получения второго мнения	постоянно	Заместитель руководителя Абдиханова ГА Заведующий приемным покоем Акбердиев ДН
72.5	Прививочные кабинеты обеспечиваются наборами для неотложной и противошоковой терапии с инструкцией	Прививочные кабинеты обеспечены наборами для неотложной и	постоянно	Заместитель руководителя

	по их применению.	противошоковой терапии с инструкцией по их применению.		Абдиханова ГА Заведующая отделением Сапиева ГБ
75.1	Имеется график приема (консультации) врачей, доступный для пациентов (смотреть подпункт 1) пункта 10 настоящего Стандарта).	Имеется график приема (консультации) врачей, доступный для пациентов.Стенд	20.12.2023	Заместитель руководителя Абдиханова ГА Заведующий приемным покоем Акбердиев ДН
75.2	Расположение регистратуры обеспечивает максимальную доступность медицинского персонала (круговое, веерное расположение регистратуры в новых и строящихся зданиях) по принципу «ближе к посетителю».	В план на 2024 год	Январь 2024	Заместитель руководителя Абдиханова ГА Заведующий приемным покоем Акбердиев ДН
75.3	Регистратура оснащается в соответствии с производственными потребностями, обеспечивая непрерывную связь во время работы медицинской организации.	Регистратура оснащена в соответствии с производственными потребностями, обеспечивая непрерывную связь во время работы медицинской организации.	постоянно	Заместитель руководителя Абдиханова ГА Заведующий приемным покоем Акбердиев ДН
75.4	Службой качества проводится внутренний мониторинг ожидания пациентов приема или услуг. Руководство медицинской организации принимает меры, основанные на анализе мониторинга.	Службой качества проводится внутренний мониторинг ожидания пациентов приема или услуг. Руководство ОПЦ2 принимает меры, основанные на анализе мониторинга	постоянно	Заместитель руководителя Абдиханова ГА Заведующий приемным покоем Акбердиев ДН
76.2	От приемного покоя обеспечен незамедлительный доступ и путь в операционную или палату интенсивной терапии.	От приемного покоя обеспечен незамедлительный доступ и путь в операционную или палату интенсивной	постоянно	Заместитель руководителя Абдиханова ГА

		терапии.		Заведующий приемным покоем Акбердиев ДН
76.3	Медицинская организация имеет специальные зоны триажа для оказания первой помощи срочным и экстренным пациентам.	СОП « Правила Триаж»	04.01.2023	Заместитель руководителя Абдиханова ГА Заведующий приемным покоем Акбердиев ДН
77.1	Персонал приемного покоя демонстрирует знания и навыки незамедлительного оповещения узких специалистов, при получении информации о транспортировке экстренного пациента с высокой степенью приоритетности.	Персонал приемного покоя демонстрирует знания и навыки незамедлительного оповещения узких специалистов, при получении информации о транспортировке экстренного пациента с высокой степенью приоритетности	постоянно	Заместитель руководителя Абдиханова ГА Заведующий приемным покоем Акбердиев ДН
77.5	Установлен и исполняется процесс консультации узких специалистов и диагностических процедур, способствующий целостности ухода и своевременному внесению данных в медицинскую карту пациента *.	СОП «Консультации узких специалистов и диагностических процедур»	04.01.2023	Заместитель руководителя Абдиханова ГА Заведующий приемным покоем Акбердиев ДН
78.3	По результатам первичного осмотра, результатов обследований и предыдущих осмотров и (или) консультаций узких специалистов (при показаниях) составляется план лечения и ухода, который включает цели и желаемые результаты лечения.	СОП « Медицинская документация»	04.01.2023	Заместитель руководителя Абдиханова ГА Заведующий приемным покоем Акбердиев ДН
78.4	Пациенты вовлекаются в план лечения и ухода путем объяснения назначенного лечения в доступной форме,	СОП « Медицинская документация»	04.01.2023	Заместитель руководителя

	возможностью задавать вопросы и предоставления рекомендаций по поиску источников информации касательно предоставляемого лечения. Пациенты подтверждают, что были вовлечены в составление плана лечения и ухода.			Абдиханова ГА Заведующий приемным покоем Акбердиев ДН
78.5	План лечения исполняется и соответствует требованиям клинических протоколов, утвержденных руководством медицинской организации.	СОП « Медицинская документация»	04.01.2023	Заместитель руководителя Абдиханова ГА Заведующий приемным покоем Акбердиев ДН
79.1	Состояние пациента наблюдается и документируется в динамике с целью оценки достижения целей или желаемых результатов от плана лечения.	СОП « Медицинская документация»	04.01.2023	Заместитель руководителя Абдиханова ГА Заведующий приемным покоем Акбердиев ДН
79.2	Пациент или его представители информируется и осведомлены о динамике проводимого лечения и его результатах.	СОП « Медицинская документация»	04.01.2023	Заместитель руководителя Абдиханова ГА Заведующий приемным покоем Акбердиев ДН
79.5	При появлении признаков ухудшения состояния пациента принимаются соответствующие меры в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации. В случае экстренного перевода пациента на другой уровень ухода, заполняется форма с указанием витальных показателей	СОП « Медицинская документация»	04.01.2023	Заместитель руководителя Абдиханова ГА Заведующий приемным покоем Акбердиев ДН

	пациента на момент передачи пациента в скорую службу, а также оказанное лечение.			
80.1	Планирование выписки начинается с пункта первого контакта пациента с медицинской организацией, обновляется по мере необходимости и документируется в медицинской карте пациента.	СОП « Медицинская документация»	04.01.2023	Заместитель руководителя Абдиханова ГА Заведующий приемным покоем Акбердиев ДН
80.2	Если есть высокий риск смерти пациента, план лечения и выписки учитывает потребности умирающего пациента по купированию боли и прочих симптомов по оказанию социальной, психологической, духовной и культурной помощи.	СОП « Медицинская документация»	04.01.2023	Заместитель руководителя Абдиханова ГА Заведующий приемным покоем Акбердиев ДН
80.3	Опрос ответственного персонала или другие представленные доказательства подтверждают, что перевод пациента в другую медицинскую организацию проводится на основе переводного эпикриза, который содержит причину перевода, проведенное лечение, состояние пациента на момент перевода и дальнейшие рекомендации. Опрос ответственного персонала или другие представленные доказательства подтверждают, что пациент сопровождается квалифицированным медицинским персоналом в зависимости потребностей пациента с заполнением транспортировочного листа отражающий состояния пациента во время транспортировки, оказанного лечения, названия	Опрос ответственного персонала подтверждает, что перевод пациента в другую медицинскую организацию проводится на основе переводного эпикриза, который содержит причину перевода, проведенное лечение, состояние пациента на момент перевода и дальнейшие рекомендации. Пациент сопровождается квалифицированным медицинским персоналом в зависимости потребностей пациента с заполнением транспортировочного листа отражающий состояние пациента во время	постоянно	Заместитель руководителя Абдиханова ГА Заведующий приемным покоем Акбердиев ДН

	принимающей организации, фамилии сопровождающих и принимающих пациента медицинского персонала.	транспортировки, оказанного лечения, названия принимающей организации, фамилии сопровождающих и принимающих пациента медицинского персонала.		
80.5	Медицинская организация устанавливает критерии перевода пациента в и из отделения реанимации или палату интенсивной терапии основанные на объективных физиологических параметрах.	СОП « Перевод пациентов»	04.01.2023	Заместитель руководителя Абдиханова ГА Заведующие подразделений
81.5	Если пациент покидает медицинскую организацию без предупреждения или против рекомендаций врача, проводится информирование пациента и (или) его законных представителей, или врача по месту жительства о возможных рисках и последствиях **	СОП « Перевод пациентов»	04.01.2023	Заместитель руководителя Абдиханова ГА Заведующий приемным покоем Акбердиев ДН
86.3	Медицинской организацией внедряются процедуры, описывающие порядок оповещение ответственных лиц за оказание расширенной сердечно-легочной реанимации и оперативную доставку необходимых лекарственных средств, медицинских изделий и оборудования *.	СОП «Базовая сердечно-легочная реанимация»	04.01.2023	Заведующий ОАРИТ Батыршаев НМ
86.4	Раз в полугодие или чаще проводятся практические учения Код синий, включающие оповещение ответственных лиц за оказание расширенной сердечно-легочной реанимации, оперативную доставку	СОП « Код синий»	04.01.2023	Заведующий ОАРИТ Батыршаев НМ

	необходимых лекарственных средств, медицинских изделий и оборудования в точку назначения, оперативное прибытие ответственного персонала и оказание базовой и расширенной сердечно-легочной реанимации. По результатам учений принимаются меры по улучшению.			
86.5	Медицинский персонал и персонал первой линии (регистраторы, охрана) обучены оказанию базовой сердечно-легочной реанимации.	Медицинский персонал и персонал первой линии (регистраторы, охрана) обучены оказанию базовой сердечно-легочной реанимации	постоянно	Заведующий ОАРИТ Батыршаев НМ
87.1	Хирургическая службой определены риски, связанные оказанием хирургической операции или процедурой высокого риска (например, риски, связанные с состоянием и укомплектованностью хирургическим оборудованием, инструментарием, изделиями медицинского назначения, организационными процедурами), с внесением в реестр и (или) план управлениями рисками. Имеются доказательства исполнения мероприятий по управлению установленных рисков (смотреть пункт 8 настоящего Стандарта).	Есть перечень рисков СОП « Управление хирургическими рисками»	04.01.2023	Заместитель руководителя Абдиханова ГА Заведующая родильным отделением Буралкиева ЖС
87.3	До начала операции врачом проводится предоперационный осмотр и документирование его в виде предоперационного эпикриза в медицинской карте. В предоперационном эпикризе содержатся	СОП « Управление хирургическими рисками»	04.01.2023	Заместитель руководителя Абдиханова ГА Заведующая родильным

	обоснование или причина операции, предоперационный диагноз, название планируемой операции.			отделением Буралкиева ЖС
87.4	Оформляется специальное информированное согласие пациента на хирургическое вмешательство (пациенту говорится о преимуществах, рисках, возможных осложнениях и альтернативах предлагаемого метода лечения) (смотреть пункт 66 настоящего Стандарта) **.	СОП « Управление хирургическими рисками»	04.01.2023	Заместитель руководителя Абдиханова ГА Заведующая родильным отделением Буралкиева ЖС
92.3	Установлен и исполняется процесс назначения и принятия экстренных лабораторных исследований, своевременность исполнения которых контролируется.	Внутренние приказ установлен и утвержден руководителем. Исполняется процесс назначения и принятие экстренных лабораторных исследований. Имеется журнал о приеме экстренных исследований. Ведется мониторинг своевременных выполнении экстренных лабораторных исследований.	Ежемесячно	Зав лаб Досова Э.Д
93.1	Медицинской организацией утверждается и выполняется процесс назначения лабораторного исследования врачом и выписывания направления в лабораторию.	СОП «Правила назначения лабораторных исследований и выписывания направления в лабораторию » от 04.01.2023г за номером 03-01-05 Есть программа КМИС ДамуМед	ежедневно	Зав лаб Досова Э.Д
93.2	Медицинской организацией утверждается и выполняется процесс сбора биоматериала, его идентификации и маркировки.	СОП «Правила по сбору биоматериала, идентификация проб, первичная обработка проб, маркировка выполняемые на	ежедневно	Зав лаб Досова Э.Д Ст лаб Асаинова М.С

		прианалитическом этапе производства лаборатории от 04.01.2023г за номером 03-01-25»		
93.4	Медицинской организацией утверждается и выполняется процесс приема лабораторией, регистрации, отслеживания и хранения биоматериала пациента	СОП «хранение образцов» от 04.01.2023г за номером 03-01-72 СОП «процесс приема лабораторных образцов, регистрация отслеживание биоматериала пациента» от 04.01.2023г за номером 03-01-73 имеется журнал регистрации и журнал хранение	ежедневно	Зав лаб Досова Э.Д Ст лаб Асаинова М.С
94.1	Медицинский персонал лаборатории защищается от рисков через средства индивидуальной защиты, специальную одежду, защитное оборудование и устройства (очки, ламинарный шкаф).	СОП «Средства индивидуальной защиты (СИЗ)» от 04.01.2023г за номером 03-01-04 В лаборатории имеется вытяжной шкаф, спец. одежда, фартуки, очки, маски, шапочки, берет, перчатки в достаточном количестве	ежедневно	Зав лаб Досова Э.Д Ст лаб Асаинова М.С
94.5	Один раз в год лицо, осуществляющее контроль лабораторных услуг, выступает с отчетом по лабораторной безопасности на заседании Комиссии по безопасности здания.	Один раз в год осуществляется контроль лабораторных услуг, выступаем с отчетам по лабораторной безопасности на заседании Комиссии по безопасности здания. Протокол семинара №1 от 09.02.2023г имеется бегунок с росписью сотрудников ОПЦ№2	ежегодно	Зав лаб Досова Э.Д
95.5	При неудовлетворительном результате внутреннего или внешнего контроля качества проводятся корректирующие мероприятия в соответствии с утвержденными процедурами медицинской	СОП «Внешний и внутренний контроль качества лабораторных исследований» от 04.01.2023г за номером 03-01-28 СОП «корректирующие мероприятия при	ежегодно	Зав лаб Досова Э.Д

	организации.	неудовлетворительном результате внутреннего или внешнего контроля качества» от 04.01.2023г за номером 03-01-74 имеется журнал, калибровки и сертификат		
96.2	Лабораторное оборудование обслуживается и калибруется согласно установленного графика, составленного по рекомендациям производителя **.	СОП «Программа обеспечения безопасности мед оборудования» от 04.01.2023г за номером 03-01-13 Лабораторное оборудование обслуживается и калибруется согласно установленного графика, имеется график составленного по рекомендациям производителя, акты о выполненных работах	ежемесячно	Зав лаб Досова Э.Д
96.4	Если лабораторное оборудование находится вне лаборатории и им пользуется персонал клинических отделений, то они обучаются работе с оборудованием в соответствии с процедурами, утвержденными руководством медицинской организации **.	Аппарат КЩС и газов находится в отделении детская реанимация и отделение 2 этап вынашивание недоношенных детей. Сотрудники этого отделение дают отчет ежемесячно о количестве сделанных анализов. Ведется контроль. Есть журнал инструктажа. Осуществляется вызов инженера на ремонт и обслуживания. Имеется журнал и акт о выполнении работах.	Ежемесячно	Зав лаб Досова Э.Д
97.1	Руководством медицинской организации определяется квалифицированное лицо, осуществляющее контроль лучевой диагностики, оказываемой пациентам медицинской организации.	Приказ №24/1- н/к От 04.01.2023г «О внешнем контроле качества радиологических исследований»	04.01.2023	Врач Оспанов К.Г.

98.1	Персонал, осуществляющий ультразвуковую диагностику, соблюдает принципы безопасной передачи устных сообщений при описании органов пациента (например, когда врач ультразвуковой диагностики проводит обследование и передает описание органов пациента медицинской сестре для записи) (смотреть подпункт 1) пункта 56 настоящего Стандарта).	СОП № 02-06-04 «Правила передачи информации о пациенте устно и по телефону»	04.01.2023-05.01.2025	Врач Айменбетова У.Е.
98.5	Датчики и приборы контактирующие с пациентом при проведении исследования обрабатываются дезинфицирующими средствами после каждого пациента.	СОП № 02-06-290 «Обработка флюоро и рентген аппарата»	04.01.2023-05.01.2025	Рентген -лаборант: Кравцов Е.Г. Турсумбаев Н.
99.3	Проводится проверка защитных свойств всей рентген-защитной одежды каждые два года **.	2024 год поставлено на заявку	01.12.2023г	Главный бухгалтер Ли-Чан-Де Е.А.
99.4	Проводятся замеры мощности дозы излучения на рабочих местах персонала ответственных за оказание лучевой диагностики, в помещениях и на территории, смежных с процедурной рентген кабинета и кабинета компьютерной томографии один раз в год.	Проводился 2 раза в месяц 1. №736 от 27.03.2023 №92-р от 24.08.2023	27.03.2023 24.08.2023	Врач:Рысбекова К.К. Тиллабаева Т.К
100.5	Ежегодно лицо, осуществляющее контроль радиационной безопасности, выступает с отчетом по	Готовится отчет годовой	10.01.2024	Врач:Досумбетова А.К. Рысбекова К.К.

	радиационной безопасности на заседании Комиссии по безопасности здания.			
101.2	Ежегодно проводится внешний контроль качества путем выборочной перепроверки заключения внешним экспертом («второе чтение», «повторный пересмотр рентгенограмм», «пересмотр диска») **. Частичное	Приказ №24/1- н/к От 04.01.2023г «О внешнем контроле качества радиологических исследований»	04.01.2023	Врач Оспанов КГ
101.3	Существует список внешних экспертов с контактными данными, к которым обращается организация при сомнительном, сложном случае («второе чтение») **. Частичное	Врач рентгенолог ГП №6 Оспанов К.Г. 87074209606	04.01.2023	Врач ОспановКГ
101.5	При неудовлетворительных данных контроля качества принимаются меры по улучшению работы в радиологии.	СОП « Меры устранения при неудовлетворительных данных контроля качества»	04.01.2023	Врач Рысбекова КК
	Глава 5: Специализированная медицинская помощь			
115.5	Руководство медицинской организации создает необходимые условия для эффективного пребывания и лечения рожениц и (или) родильниц и новорожденных, а также для их удобного и безопасного передвижения. Частичное	СОП 02-06-03-03 Правила профилактики падении	04.01.2023	Заведующая отделением Буралкиева ЖС
117.2	Начальная оценка включает:	СОП 02-06-112 Проведение кардиотокографии плода	04.01.2023	Заведующая отделением

	<p>сбор анамнеза; анализ антенатальных записей и плана родов; оценка состояния матери и плода; вагинальное исследование при наличии показаний; кардиотокография плода при наличии показаний. Частичное</p>			Буралкиева ЖС
117.3	<p>Для исключения преждевременного поступления в родовую блок созданы условия для ожидания развития активной родовой деятельности в дородовых палатах. Частичное</p>	СОП «Наблюдение в дородовых палатах»	04.01.2023	Заведующая отделением Буралкиева ЖС
117.5	<p>Для профилактики и лечения преждевременных родов используются технологии и методики с доказанной эффективностью. Частичное</p>	<p>КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ от «26» мая 2023 года Протокол №181</p>	В ежедневной практике	Заведующая отделением Буралкиева ЖС
118.5	<p>Осуществляется профилактика инфекций, персонал родовой палаты соблюдает требования инфекционного контроля. Имеется свободный доступ к туалету и душу, находящихся в рабочем состоянии и санитарных условиях. Частичное</p>	<p>СОП 02-06-101 Правила инфекционного контроля Планируется реконструкция помещении в род блоке</p>	04.01.2023	Заведующая отделением Буралкиева ЖС
119.4	<p>Соблюдается преемственность оказания медицинской помощи между средними медицинскими работниками (акушерками) и врачебным персоналом в случае возникновения осложнений. Частичное</p>	СОП 02-06-116 Ведение партограммы.	04.01.2023	Заведующая отделением Буралкиева ЖС

119.5	Созданы условия для ожидания развития активной родовой деятельности в дородовых палатах. Врачебный осмотр проводится ежедневно и по показаниям. Частичное	СОП «Наблюдение в дородовых палатах»	04.01.2023	Заведующая отделением Буралкиева ЖС
122.1	В первом периоде родов роженицей осуществляется свободный выбор позиции, медицинским персоналом проводится необходимые исследования (влагалищные) и корректировка плана родов. Частичное	СОП 02-06-285 Методы немедикаментозного обезболивание в родах . СОП 02-06—111 Алгоритм ведение физиологических родов	04.01.2023	Заведующая отделением Буралкиева ЖС
125.4	Выписка после нормальных родов осуществляется не ранее чем через 18 часов после родов *. Частичное	СОП « выписка после родов»	04.01.2023	Заведующая отделением Кошанбаева ТБ
125.5	В выписном эпикризе указываются рекомендации по выявлению симптомов осложнений, гигиены женщины и новорожденного, здоровому питанию, физическим нагрузкам, советам по грудному вскармливанию, психологическим особенностям послеродового периода, планированию семьи. Частичное	СОП « выписка после родов»	04.01.2023	Заведующая отделением Кошанбаева ТБ
126.3	Операционная, персонал операционного блока и лаборатория всегда готовы к проведению экстренного кесарева сечения. Частичное	СОП 02-06-07 Правила маркировки операционного участка и проведения процедуры тайм-аут	04.01.2023	Заведующая отделением Буралкиева ЖС
126.5	Проведение кесарева сечения и ведение родильницы в послеоперационном периоде соответствуют международным рекомендациям *.	СОП 02-06-204 Кесарево сечение по Джоэл Кохену	04.01.2023	Заведующая отделением Буралкиева ЖС

	Частичное	СОП 02-06-132 Алгоритм по уходу за пациентами после операции кесарево сечение		
131.3	Перед введением первой дозы антибиотика назначается посев крови, производится забор материала для посева из других возможных очагов инфекции. Частичное	СОП 02-06-18 Проведение пробы на чувствительность к антибиотикам	04.01.2023	Заведующая отделением Буралкиева ЖС

Глава 4

глава 5

Общий- 199

Общий-101

Полное- 110

полное-88

Частичное – 80

частичное -13

Несоответствие- 9

несоответствие-