



Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг

Утративший силу

Постановление Правительства Республики Казахстан от 22 декабря 2011 года № 1577. Утратило силу постановлением Правительства Республики Казахстан от 17 июня 2015 года № 443

Сноска. Утратило силу постановлением Правительства РК от 17.06.2015 № 443 (вводится в действие со дня его первого официального опубликования).

В соответствии с пунктом 5 статьи 58 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" Правительство Республики Казахстан **ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Утвердить прилагаемые Правила организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг.
2. Настоящее постановление вводится в действие по истечении десяти календарных дней после первого официального опубликования.

П р е м ь е р - М и н и с т р

Республики Казахстан

К. Масимов

У т в е р ж д е н ы

постановлением

Правительства

Республики

Казахстан

от 22 декабря 2011 года № 1577

Правила организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг

1. Общие положения

1. Правила организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (далее – Правила) разработаны в соответствии со статьей 58 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" (далее – Кодекс).

Настоящие Правила определяют порядок организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг, оказываемых субъектами здравоохранения, независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности.

2. Экспертиза качества медицинских услуг подразделяется на внутреннюю и внешнюю.

3. В настоящих Правилах используются следующие основные понятия:

1) индикаторы оценки качества медицинских услуг – показатели эффективности, полноты и соответствия медицинских услуг стандартам в области здравоохранения, включающие:

индикаторы структуры – показатели обеспеченности кадровыми, финансовыми и техническими ресурсами;

индикаторы процесса – показатели оценки выполнения технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации;

индикаторы результата – показатели оценки последствий для здоровья в результате оказания или неоказания медицинской помощи субъектами здравоохранения;

2) внутренние индикаторы – показатели, применяемые при внутренней экспертизе, которые характеризуют эффективность, полноту и соответствие медицинской деятельности каждого структурного подразделения субъекта здравоохранения стандартам в области здравоохранения в целях проведения анализа и оценки качества медицинской деятельности;

3) внешние индикаторы – показатели, применяемые при внешней экспертизе, которые характеризуют эффективность, полноту и соответствие медицинской деятельности субъекта здравоохранения стандартам в области здравоохранения в целях проведения анализа и оценки качества медицинской деятельности;

4) внутрибольничные комиссии – комиссии, создаваемые в организациях, оказывающих стационарную помощь (по профилактике внутрибольничных инфекций, по разбору летальных случаев);

5) служба внутреннего контроля (аудита) – структурное подразделение организации здравоохранения, осуществляющее деятельность по управлению качеством медицинской помощи на уровне организации здравоохранения и наделенная соответствующими полномочиями;

6) ретроспективный анализ – анализ на основе изучения медицинской документации пациентов ранее получивших медицинскую помощь;

7) клинический аудит – подробный ретроспективный и/или текущий анализ проведенных лечебно-диагностических мероприятий на предмет их соответствия стандартам в области здравоохранения;

8) законченный случай – комплекс медицинских услуг, оказанных пациенту на амбулаторно-поликлиническом уровне с момента первичного обращения до завершения лечения;

9) пролеченный случай – комплекс медицинских услуг, оказанных пациенту в стационарных (стационарозамещающих) условиях с момента поступления до

В ы п и с к и ;

10) независимый эксперт – физическое лицо, аккредитованное в установленном порядке для проведения независимой экспертизы деятельности субъектов здравоохранения;

11) экспертиза качества медицинских услуг – совокупность организационных, аналитических и практических мероприятий, осуществляемых для вынесения заключения по уровню качества медицинских услуг, предоставляемых физическими и юридическими лицами, с использованием индикаторов оценки качества медицинских услуг (далее – индикаторы), отражающих показатель эффективности, полноты и соответствия медицинских услуг стандартам в области здравоохранения.

4. Основные принципы экспертизы качества медицинских услуг:

1) системность – экспертиза качества медицинских услуг осуществляется во взаимосвязи индикаторов структуры, процесса и результата;

2) объективность – экспертиза качества медицинских услуг осуществляется с применением стандартов в области здравоохранения;

3) открытость – экспертиза качества медицинских услуг осуществляется с участием независимых экспертов или самостоятельно независимыми экспертами без участия специалистов уполномоченного органа в области здравоохранения в присутствии представителей субъектов здравоохранения.

5. В ходе проведения экспертизы качества медицинских услуг проводится оценка:

1) действий медицинских работников на предмет соблюдения требований стандартов в области здравоохранения, в том числе протоколов диагностики и лечения, утвержденных уполномоченным органом в области здравоохранения;

2) соответствия материально-технических ресурсов субъектов здравоохранения нормативам оснащения, утвержденным уполномоченным органом в области здравоохранения.

2. Организация и проведение внутренней экспертизы качества медицинских услуг

6. Внутренняя экспертиза качества медицинских услуг (далее – внутренняя экспертиза) осуществляется Службой внутреннего контроля (аудита).

7. Структура и состав Службы внутреннего контроля (аудита) утверждаются руководителем организации здравоохранения в зависимости от объема оказываемых медицинских услуг.

8. Служба внутреннего контроля (аудита) координирует деятельность организаций здравоохранения по управлению качеством медицинской помощи

по следующим направлениям:

- 1) решение проблем (жалоб) пациентов на месте по мере их появления и в срок, не превышающий 5 календарных дней, с изучением степени удовлетворенности пациентов уровнем и качеством медицинских услуг посредством проведения их анкетирования;
- 2) оценка состояния и эффективности использования кадровых и материально-технических ресурсов;
- 3) оценка технологий оказания медицинской помощи пациентам на соответствие установленным стандартам в области здравоохранения (клинический аудит) и отбор случаев, подлежащих комиссионной оценке;
- 4) соблюдение правил оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;
- 5) разработка программных мероприятий, направленных на предупреждение и устранение дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи.

9. Функциями Службы внутреннего контроля (аудита) являются:

- 1) анализ эффективности деятельности подразделений организации здравоохранения по оценке собственных процессов и процедур, внедрению стандартов в области здравоохранения, применению внутренних индикаторов, установленных в приложении 1 к настоящим Правилам;
- 2) анализ деятельности внутрибольничных комиссий;
- 3) представление руководству организации здравоохранения информации о проблемах, выявленных в результате анализа, для принятия соответствующих управленческих решений;
- 4) обучение и методическая помощь персоналу организации здравоохранения по вопросам обеспечения качества медицинской помощи;
- 5) изучение мнения сотрудников организации здравоохранения и информирование персонала о мерах по улучшению качества и обеспечению безопасности пациентов в организации.

10. Службой внутреннего контроля (аудита) разрабатывается программа по обеспечению и непрерывному повышению качества медицинской помощи, утверждаемая руководителем организации здравоохранения.

Программа содержит:

- 1) цель и задачи программы;
- 2) результаты анализа деятельности структурных подразделений с оценкой внутренних индикаторов, а также соответствия деятельности подразделений установленным стандартам в области здравоохранения;
- 3) мероприятия по улучшению показателей деятельности каждого подразделения;

4) определение ответственных лиц и сроков исполнения вышеуказанных мер оприятий ;

5) ожидаемые результаты от реализации программы.

11. Внутренняя экспертиза проводится путем оценки качества медицинской помощи ретроспективно и непосредственно в момент получения пациентами медицинской помощи .

12. Случаи (разделы деятельности – для среднего медицинского персонала), подлежащие внутренней экспертизе, и периодичность проведения внутренней экспертизы установлены в приложении 2 к настоящим Правилам.

13. Все остальные случаи оказания медицинской помощи, кроме перечисленных в приложении 2 к настоящим Правилам, имеют одинаковую возможность быть подвергнутыми внутренней экспертизе, что обеспечивается статистическим методом случайной выборки.

14. Внутренняя экспертиза качества работы средних медицинских работников осуществляется с целью совершенствования организации и оказания современных видов сестринской помощи пациентам и внедрения стандартов медицинской помощи в деятельность средних медицинских работников.

15. В ходе проведения внутренней экспертизы:

1) оцениваются технологии оказания медицинской помощи на соответствие установленным стандартам в области здравоохранения;

2) оцениваются обеспеченность и эффективность использования кадровых и материально-технических ресурсов;

3) определяется степень удовлетворенности граждан уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи по количеству обоснованных жалоб на качество медицинских услуг и путем проведения анкетирования пациентов и (или) их родственников ;

4) оцениваются соблюдение прав пациентов на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и информирование пациентов о проводимых инвазивных вмешательствах;

5) разрабатываются рекомендации по устранению и предупреждению выявленных недостатков .

16. Результаты внутренней экспертизы выносятся и разбираются на заседаниях внутрибольничных комиссий, на врачебных конференциях с последующим принятием управленческих решений, с целью повышения уровня знаний медицинских работников и выработки оптимальных подходов к лечебно–диагностическому процессу.

3. Организация и проведение внешней экспертизы качества медицинских услуг

17. Внешняя экспертиза качества медицинских услуг (далее – внешняя экспертиза) проводится:

1) Комитетом контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан и (или) независимыми экспертами в области здравоохранения на предмет соблюдения требований законодательства Республики Казахстан в сфере оказания медицинских услуг в рамках осуществления государственного контроля;

2) Комитетом оплаты медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан с целью оценки оказания полного перечня медицинских услуг, достоверности объемов медицинских услуг в соответствии со стандартами в области здравоохранения.

18. Привлечение независимых экспертов к проведению внешней экспертизы осуществляется в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан.

19. Внешняя экспертиза субъектов здравоохранения осуществляется в форме плановой и внеплановой проверки в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан о государственном контроле и надзоре.

20. При проведении внешней экспертизы, анализируются результаты внутренней экспертизы за проверяемый период на предмет соблюдения принципов внутренней экспертизы качества медицинских услуг, адекватности и эффективности принятых мер службой внутреннего контроля (аудита) организации здравоохранения. В первую очередь, экспертируются результаты внутренней экспертизы случаев, подлежащих обязательной экспертизе, а также случаев рассмотрения обращений пациентов.

На основании результатов внутренней экспертизы выносится заключение о качестве и объективности работы службы внутреннего контроля (аудита) организации здравоохранения.

21. Случаи (разделы деятельности), подлежащие внешней экспертизе в зависимости от вида оказываемой медицинской помощи, установлены в приложении 3 к настоящим Правилам.

22. Анализ внешних индикаторов осуществляется посредством оценки пороговых значений в динамике согласно приложению 4 к настоящим Правилам.

23. При проведении внешней экспертизы по обращению физического или юридического лица, по разбору летального случая оценивается качество оказания медицинских услуг по конкретному случаю.

24. По результатам внешней экспертизы должностным лицом, проводившим

внешнюю экспертизу, составляется акт о результатах внешней экспертизы в двух экземплярах.

В акте о результатах внешней экспертизы указываются:

- 1) дата, время и место составления акта;
- 2) дата и номер приказа о назначении внешней экспертизы, на основании которого проведена внешняя экспертиза;
- 3) фамилия, имя, отчество и должность лица (лиц), проводившего внешнюю экспертизу;
- 4) наименование или фамилия, имя, отчество проверяемого субъекта, должность представителя физического или юридического лица, присутствовавших при проведении внешней экспертизы;
- 5) дата, место и период проведения внешней экспертизы;
- 6) сведения о результатах внешней экспертизы, в том числе о выявленных нарушениях, об их характере;
- 7) сведения об ознакомлении или об отказе в ознакомлении с актом представителя проверяемого субъекта, а также лиц, присутствовавших при проведении внешней экспертизы, их подписи или отказ от подписи;
- 8) подпись должностного лица (лиц), проводившего внешнюю экспертизу.

25. Акт по результатам внешней экспертизы представляется руководителю субъекта здравоохранения или лицу его замещающему, в случае отсутствия руководителя.

Замечания и (или) возражения по результатам внешней экспертизы излагаются в письменном виде и прилагаются к акту о результатах внешней экспертизы, о чем делается соответствующая отметка.

26. Один экземпляр акта о результатах внешней экспертизы вручается руководителю субъекта здравоохранения либо его представителю для ознакомления и принятия мер по устранению выявленных нарушений и других действий.

27. По выявленным в результате внешней экспертизы нарушениям, проверяемый субъект в срок, не превышающий 3 календарных дней, при отсутствии возражений, предоставляет информацию о мерах, которые будут приняты для устранения выявленных нарушений, с указанием сроков, которые согласовываются с должностным лицом, проводившим экспертизу.

28. Независимые эксперты в случае выявления оснований для применения административных мер взыскания, в срок, не позднее дня окончания внешней экспертизы направляют материалы в государственный орган, проводивший внешнюю экспертизу, для принятия последним решения о привлечении субъектов здравоохранения к административной ответственности.

29. В случае несогласия с результатами внешней экспертизы субъекты

здравоохранения обжалуют их в порядке, установленном гражданским законодательством Республики Казахстан.

4. Этапы внутренней и внешней экспертизы качества медицинских услуг

30. Этапы экспертизы качества медицинских услуг:

1) анализ учетной и отчетной документации субъекта здравоохранения проводится с целью сравнительного анализа показателей деятельности субъекта здравоохранения за определенный период работы, с показателями за предыдущий период работы, а также с республиканскими и областными показателями состояния здоровья населения;

2) проведение клинического аудита путем изучения подробного ретроспективного и/или текущего анализа проведенных лечебно-диагностических мероприятий на предмет их соответствия установленным стандартам в области здравоохранения;

3) определение степени удовлетворенности граждан уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи проводится путем анкетирования пациентов и (или) их родственников и по количеству обоснованных обращений граждан на деятельность субъекта здравоохранения;

4) анализ и обобщение результатов экспертизы качества медицинских услуг;

5) принятие мер, направленных на устранение и предупреждение выявленных недостатков по результатам экспертизы качества медицинских услуг.

31. Экспертиза качества медицинских услуг осуществляется путем проведения:

1) текущего анализа, в ходе которого изучается медицинская документация пациентов, получающих медицинскую помощь, на момент проведения экспертизы качества медицинских услуг, при необходимости с осмотром пациента;

2) ретроспективного анализа, в ходе которого изучаются медицинская документация пациентов, получивших медицинскую помощь, на момент проведения экспертизы качества медицинских услуг.

32. При проведении анализа медицинской документации оценивается:

1) качество сбора анамнеза;

2) полнота и обоснованность проведения диагностических исследований;

3) правильность, своевременность и обоснованность выставленного клинического диагноза в течение первых 3 дней с учетом результатов проведенных исследований на догоспитальном этапе;

4) обоснованность нахождения на лечении, получения медицинской помощи

в данной форме (амбулаторно-поликлинической, стационарной, стационаророзамещающей);

- 5) своевременность и качество консультаций специалистов;
- 6) объем, качество и обоснованность проведения лечебных мероприятий, в том числе диспансерных, профилактических и реабилитационных;
- 7) развитие осложнений после медицинских вмешательств;
- 8) достигнутый результат;
- 9) удовлетворенность качеством оказанной медицинской помощи;
- 10) качество ведения медицинской документации.

На уровне амбулаторно-поликлинической помощи дополнительно оцениваются диспансерные, профилактические и реабилитационные мероприятия.

33. Качество сбора анамнеза оценивается по четырем критериям:

- 1) отсутствие сбора анамнеза;
- 2) отсутствие системности сбора с частичными или полными упущениями по основным составляющим (аллергологическая часть, гемотрансфузионная часть, перенесенные заболевания, лекарственная часть, отягощенная наследственность);
- 3) при полном сборе анамнеза отсутствие выделения существенных деталей, имеющих важное значение в трактовке данного случая;
- 4) некачественный сбор анамнеза явился причиной тактических ошибок, повлекших возникновение осложнений.

В случаях крайней тяжести состояния пациента или пребывания его в бессознательном состоянии качество сбора анамнеза не учитывается.

34. При оценке соответствия диагностических исследований учитываются пять критериев:

- 1) диагностические мероприятия и обследования не проводились;
- 2) диагностические мероприятия имеют неправильную трактовку или отсутствуют, что приводит к неправильной постановке диагноза и подбору тактики лечения;
- 3) не проведены диагностические исследования, предусмотренные протоколами диагностики и лечения заболеваний;
- 4) имеется чрезмерный набор диагностических процедур и дополнительных исследований с высоким, неоправданным риском для состояния здоровья пациента;
- 5) имеется чрезмерный набор диагностических процедур и дополнительных исследований, приведший к необоснованному удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения, и не принесший информацию для постановки правильного диагноза.

Объективные причины непроведения диагностических процедур и мероприятий, необходимых в соответствии с требованиями протоколов диагностики и лечения заболеваний, такие, как отсутствие оборудования, недостаточная квалификация врача, затруднение проведения диагностических исследований из-за крайней тяжести состояния больного и экстренных показаний к реанимационным мероприятиям или оперативному пособию, отражаются в результатах экспертизы качества медицинских услуг. Проводится оценка влияния невыполнения стандарта по обследованию на последующие этапы осуществления медицинской помощи.

35. Оценка правильности и точности постановки клинического диагноза проводится по четырем критериям:

1) диагноз поставлен неправильно или отсутствует, в том числе диагноз неполный, не соответствует международной классификации болезней или общепринятым классификациям;

2) не выделен ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть течения заболевания, не распознаны сопутствующие заболевания, а также осложнения;

3) диагноз правильный, но неполный, не выделен ведущий патологический синдром, хотя выделены осложнения, но не распознаны важные для исхода сопутствующие заболевания;

4) диагноз основного заболевания правильный, однако, не диагностированы сопутствующие заболевания, важные для результата лечения.

Объективные причины неправильной и (или) несвоевременной диагностики, такие, как атипичное течение основного заболевания, завуалированное наличие тяжелого сопутствующего заболевания, редко встречающиеся осложнения и сопутствующие заболевания, отражаются в результатах экспертизы качества медицинских услуг. Проводится оценка влияния неправильной и (или) несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы осуществления медицинской помощи.

36. Оценка своевременности и качества консультаций специалистов осуществляется по четырем критериям:

1) консультации не проведены, что привело к ошибочной трактовке симптомов и синдромов, которые отрицательно повлияли на исход заболевания;

2) консультации проведены вовремя, но мнение консультанта не учтено при постановке правильного диагноза, что частично повлияло на исход заболевания;

3) консультации проведены вовремя, мнение консультанта учтено при определении правильного диагноза, но не выполнены рекомендации консультанта по лечению, что частично повлияло на исход заболевания;

4) мнение консультанта ошибочно, что повлияло на исход заболевания.

В случаях проведения консультаций с опозданием, проводится оценка объективности причин несвоевременной консультации и влияния несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинской помощи.

37. Оценка назначенных лечебных мероприятий проводится по следующим критериям:

- 1) отсутствие лечения при наличии показаний;
- 2) лечение назначено без показаний;
- 3) при лечении назначены малоэффективные лечебные мероприятия без учета особенностей течения заболевания у данного пациента, сопутствующих заболеваний, осложнений;
- 4) лечебные мероприятия выполнены не полностью, без учета функциональной недостаточности органов и систем, особенностей механизма действия лекарственных веществ;
- 5) преждевременное прекращение лечения при недооценке клинического эффекта и/или утяжелении течения заболевания, кроме документально оформленных случаев прекращения лечения по инициативе пациента;
- 6) несоблюдение требований нормативных правовых актов в области здравоохранения, в том числе значительное отклонение от протоколов диагностики и лечения заболеваний, наличие полипрагмазии без тяжелого побочного действия лекарств и развития нового патологического синдрома;
- 7) несоблюдение нормативных правовых актов в области здравоохранения, в том числе полное отклонение от требований протоколов диагностики и лечения заболеваний, наличие полипрагмазии, приведшее к развитию нового патологического синдрома и ухудшению состояния пациента.

При оценке лечебных мероприятий учитывается и отражается в результатах экспертизы качества медицинской помощи наличие обстоятельств, создающих затруднение или невозможность проведения эффективных лечебных мероприятий, и оказавших или способствовавших оказанию влияния на исход заболевания.

38. При проведении экспертизы качества медицинской помощи на уровне стационара проводится оценка обоснованности отказов в госпитализации, оценка качества оказания медицинской помощи в приемных отделениях стационаров, наличие преемственности со станциями (отделениями) скорой помощи, доступности населения к стационарной помощи. На уровне амбулаторно-поликлинической помощи проводится оценка доступности медицинской помощи для пациентов, организация работы регистратуры.

39. Оценке качества медицинской помощи подлежат возникшие осложнения и осложнения, обусловленные низким техническим качеством исполнения

операции, послеоперационные осложнения, являющиеся следствием выполнения хирургических манипуляций и применения других методов исследования.

40. Качество ведения медицинской документации определяется по наличию, полноте и качеству записей в соответствии с формами первичной медицинской документации организаций здравоохранения, утвержденными уполномоченным органом в области здравоохранения.

В ходе проведения экспертизы качества медицинских услуг оценивается оформление информированного согласия пациента на проведение инвазивных вмешательств, отказа от предлагаемого лечения, а также обоснованность непроведения патологоанатомического исследования, за исключением случаев, установленных пунктом 2 статьи 56 Кодекса.

41. Диспансерные мероприятия оцениваются исходя из их влияния на состояние больного, частоту возникновения обострений заболевания, их тяжесть и длительность с точки зрения своевременности, регулярности врачебных осмотров, проведенного лабораторного и инструментального обследования, назначения профилактического лечения, по следующим критериям:

- 1) кратность диспансерного наблюдения;
- 2) качество обследования и соответствие видов обследований утвержденным протоколам диагностики и лечения заболеваний, обоснованности проведения лабораторно-диагностических исследований, не вошедших в протоколы;
- 3) качество лечения и соответствие назначенного лечения протоколам диагностики и лечения заболеваний, утвержденным уполномоченным органом в области здравоохранения;
- 4) при направлении на госпитализацию наличие показаний к стационарному лечению;
- 5) наблюдение после выписки из стационара;
- 6) наличие продолжения лечения в том случае, если больной был направлен на стационарное лечение, но в стационар не поступил;
- 7) статистические данные достоверности снятия с учета в связи с выздоровлением.

42. Профилактические (скрининги, вакцинация, диспансеризация детей первого года жизни, наблюдение за беременными, мероприятия по планированию семьи) и реабилитационные мероприятия оцениваются с учетом наличия показаний к их проведению, своевременности проведения, уровня первичного выявления заболеваний, принятых мер по результатам медицинского осмотра, выполнения комплекса оздоровительных мероприятий, результатов оздоровления.

43. Оценка профилактических мероприятий за детьми до 5 лет проводится по следующим критериям:

- 1) соблюдение сроков наблюдения за детьми и полнота осмотров с п е ц и а л и с т а м и ;
- 2) своевременность рекомендаций по уходу и вскармливанию;
- 3) адекватность рекомендаций по уходу и вскармливанию в соответствии с принципами интегрированного ведения болезней детского возраста и развития детей р а н н е г о в о з р а с т а ;
- 4) соблюдение календаря профилактических прививок;
- 5) наличие контроля за состоянием здоровья ребенка после проведения п р и в и в к и ;
- 6) обоснованность медицинских отводов.

44. Оценка профилактических мероприятий за беременными женщинами проводится по следующим критериям:

- 1) сроки взятия на учет и динамика наблюдения по беременности;
- 2) полнота и эффективность обследования, включая наличие пренатального с к р и н и н г а ;
- 3) своевременность диагностики осложнений беременности и экстрагенитальной патологии, в том числе наличие консультаций профильных специалистов с целью выявления экстрагенитальной патологии;
- 4) соответствие группы риска беременной женщины запланированному у р о в н ю г о с п и т а л и з а ц и и ;
- 5) обеспечение беременных женщин лекарственными препаратами на бесплатной и (или) льготной основе.

45. Оценка достигнутого результата проводится по следующим критериям:

- 1) достижение ожидаемого клинического эффекта при соблюдении технологии оказания медицинской помощи;
- 2) отсутствие клинического эффекта лечебных и профилактических мероприятий вследствие некачественного проведения диагностических мероприятий (неполный сбор анамнеза, отсутствие или неправильная интерпретация результатов обследования, установление неправильного или н е т о ч н о г о д и а г н о з а) ;
- 3) не достигнут ожидаемый клинический эффект вследствие проведения малоэффективных лечебных, профилактических мероприятий без учета особенностей течения заболевания у данного пациента, сопутствующих заболеваний, осложнений, особенностей механизма действия лекарственных в е щ е с т в ;

4) наличие полипрагмазии, обусловившее развитие нежелательных п о с л е д с т в и й .

46. По завершению экспертизы качества медицинских услуг, при отклонении оказания медицинской помощи классифицируются и делаются выводы:

1) о соответствии (несоответствии) оказанной медицинской помощи требованиям действующего законодательства Республики Казахстан в области здравоохранения;

2) о предоставлении пациенту бесплатной медицинской помощи в объеме, гарантированном государством;

3) о наличии оснований для применения мер дисциплинарного и (или) административного воздействия с указанием конкретных лиц.

Приложение 1

к Правилам организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг

Внутренние индикаторы оценки качества медицинских услуг

| № | Наименование индикаторов | Периодичность информации | Источник информации | Пороговое значение |
|---|---|--------------------------|--|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Индикаторы оценки качества медицинских услуг для организаций оказывающих стационарную помощь | | | | |
| 1 | Удельный вес случаев умерших при плановой госпитализации | Ежемесячно | Отчетные данные, медицинская карта стационарного больного (форма 003/у) | Значение индикатора стремиться к нулю |
| 1) | Показатель досуточной летальности в стационаре | Ежеквартально | Медицинская карта стационарного больного (форма 003/у), статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у) | Значение индикатора не превышает 4 % |
| 2 | Послеоперационная летальность в случаях плановой госпитализации | Ежемесячно | Отчетные данные, медицинская карта стационарного больного (форма 003/у) | Значение индикатора стремиться к нулю в плановой госпитализации |
| 1) | Удельный вес интраоперационных осложнений | Ежеквартально | Отчетные данные, медицинская карта стационарного больного (форма 003/у), журнал записи оперативных вмешательств в стационаре (форма 008/у) | Значение индикатора превышает 5 % |
| | | | | |

| | | | | |
|----|--|---------------|---|---|
| 2) | Удельный вес послеоперационных осложнений | Ежеквартально | Отчетные данные, медицинская карта больного (форма 003/у), журнал записи оперативных вмешательств в стационаре (форма 008/у) | Значение индикатора не превышает 3 % |
| 3 | Число случаев материнской смертности за отчетный период из них от: акушерских кровотечений; гестозов; абортов; экстрагенитальной патологии | Ежедневно | Данные мониторинга беременных, родильниц медицинской организации, карта учета материнской смертности (форма 2009-1/у) | Значение индикатора стремиться к нулю по причинам, которые подпадают под управление |
| 1) | Удельный вес случаев родового травматизма | Ежеквартально | История родов (форма 096/у), журнал записи оперативных вмешательств в стационаре (форма 008/у) | Значение индикатора стремиться к нулю |
| 2) | Удельный вес экстренных кесаревых сечений из общего числа кесаревых сечений | Ежеквартально | История родов (форма 096/у), журнал записи оперативных вмешательств в стационаре (форма 008/у) | Значение индикатора не превышает 20 % |
| 3) | Удельный вес беременных женщин, поступивших в стационар в течение суток после отказа в госпитализации | Ежеквартально | Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации (форма № 001/у) | Значение индикатора стремиться к нулю |
| 4) | Полнота выявления экстрагенитальной патологии при поступлении в стационар | Ежеквартально | История родов (форма 096/у), медицинская карта стационарного больного (форма 003/у), статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у) | Значение индикатора стремиться к 100 % |
| 4 | Количество случаев детской смертности от 0 до 5 лет за отчетный период из них от: заболеваний органов дыхания; | Ежемесячно | Карта учета материнской | Уменьшение значения показателя отчетного периода |

| | | | | |
|----|--|---------------|---|--|
| | кишечных инфекций; врожденных пороков развития; причин перинатального периода | | смертности (форма 2009/у) | по сравнению предыдущим на 5 % |
| 1) | Удельный вес случаев травматизма новорожденных | Ежеквартально | История родов (форма 096/у), история развития новорожденного (форма 097/у) | Значение индикатора стремиться к нулю |
| 2) | Показатель интранатальной гибели плода на 100 родившихся живыми и мертвыми | Ежеквартально | История родов (форма 096/у) | Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению предыдущим на 10 % |
| 3) | Показатель соблюдения тепловой цепочки под термоконтролем (мониторинг температурного режима) | Ежеквартально | История развития новорожденного (форма 097/у); история родов (форма 096/у) | Значение индикатора превышает 0,5 % |
| 4) | Показатель ранней неонатальной смертности (до 7 суток жизни) на 1000 родившихся живыми | Ежеквартально | История развития новорожденного (форма 097/у) | Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению предыдущим на 5 % |
| 5 | Показатель внутрибольничной инфекции | Ежемесячно | Журнал учета инфекционных заболеваний (форма 060/у) | Значение индикатора стремиться к нулю |
| 1) | Удельный вес гнойно-септических процессов оперативных вмешательств после | Ежемесячно | Медицинская карта стационарного больного (форма 003/у) | Значение индикатора превышает 1 % |
| 2) | Удельный вес гнойно-септических процессов новорожденных у | Ежемесячно | История развития новорожденного (форма 097/у) | Значение индикатора стремиться к нулю |
| 6 | Показатель повторного поступления (в течение месяца по поводу одного и того же заболевания) | Ежемесячно | Отчетные данные, медицинская карта стационарного больного (форма 003/у), статистическая карта вышедшего из стационара (форма 066/у) | Значение индикатора стремиться к нулю |
| 7 | Случаи расхождения и клинического | Ежемесячно | Протокол патологоанато- | |

| | | | | |
|--|---|---------------|---|---|
| | патологоанатомического диагнозов | | мического исследования (форма 013/у) | Значение индикатора стремиться к нулю |
| 8 | Общее количество обоснованных жалоб по сравнению с аналогичным периодом прошлого года | Ежемесячно | Журнал регистрации обращений | Значение индикатора стремиться к нулю |
| Индикаторы оценки качества медицинских услуг для организаций оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь | | | | |
| 9 | Показатель общей смертности, в том числе трудоспособного возраста среди прикрепленного населения за отчетный период | Ежеквартально | Данные областного статистического управления с указанием домашнего адреса | Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 5 % |
| 1) | Показатель первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста | 1 раз в год | Данные Медико-социальной экспертной комиссии | Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 1 % |
| 10 | Удельный вес случаев материнской смертности, предотвратимых на уровне ПМСП | Ежедневно | Карта учета материнской смертности (форма 2009-1/у) (случаи материнской смертности, предотвратимые на уровне ПМСП (по результатам экспертизы ККМФД) | Значение индикатора стремиться к нулю |
| 1) | Удельный вес оздоровленных женщин с экстрагенитальной патологией среди ЖФВ прикрепленного населения | Ежеквартально | Медицинская карта амбулаторного больного (форма 025/у), Статистическая карта амбулаторного пациента (форма 025-05/у) Контрольная карта диспансерного наблюдения (форма 030/у) | Увеличение показателя на 5 по сравнению с предыдущим периодом |
| 2) | Охват контрацепцией женщин с абсолютными противопоказаниями к вынашиванию беременности | Ежеквартально | Медицинская карта амбулаторного больного (форма 025/у) | Значение индикатора стремиться к 100 % |
| 3) | Случаи беременности ЖФВ с экстрагенитальной патологией, которым | Ежеквартально | Статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у), Программное | |

| | | | | |
|----|---|---------------|--|--|
| | абсолютно противопоказана беременность | | обеспечение "Регистр беременных" | Значение индикат стремиться к нулю |
| 4) | Уровень аборт отношению к родам | Ежеквартально | Статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у), (МКБ-10: роды) | Уменьшение значе показателя пери отчетного пери по сравнению предыдущим на 5 % |
| 5) | Удельный вес беременных женщин госпитализированных с нарушением принципа регионализации (по данным круглосуточного стационара) | Ежеквартально | Статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у), (МКБ-10: с указанием родоразрешения) Программное обеспечение "Регистр беременных" | Уменьшение значе показателя пери отчетного пери по сравнению предыдущим на 5 % |
| 11 | Детская смертность до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП (ОКИ, ОРИ) | Ежедневно | Карта учета родившегося живым, мертворожденного и умершего ребенка в возрасте до 5 лет (форма 2009/у) | Уменьшение значе показателя пери отчетного пери по сравнению предыдущим на 5 % |
| 1) | Удельный вес обученных медицинских работников (врачей, средних медицинских работников) ПМСП по программе ИВБДВ, РДРВ | 1 раз в год | Отчет кадров | Значение индикат не менее 70 % |
| 2) | Показатель умерших детей в возрасте от 7 дней до 5 лет на дому | Ежеквартально | АИС "Млад", данные областного статистического управления | Уменьшение значе показателя пери отчетного пери по сравнению предыдущим на 5 % |
| 3) | Показатель посещаемости врачом новорожденных в первые 3 дня после выписки из роддома (патронаж) | Ежеквартально | История развития ребенка (форма 112/у), "Стационар" АИС | Значение индикат стремиться к 100 % |
| 4) | Удельный вес экстренной госпитализации детей до 5 лет с ОКИ, ОРИ за отчетный период | Ежеквартально | Данные "Мединформ" | Уменьшение значе показателя пери отчетного пери по сравнению предыдущим на 1 % |
| 5) | Удельный вес из числа родителей детей до 5 лет, обученных признакам опасности в соответствии с принципами ИВБДВ | Ежеквартально | Журнал кабинета здорового ребенка | Значение индикат стремиться к 100 % |
| | | | История развития ребенка (форма | |

| | | | | | |
|-----|---|---|---------------|--|--|
| 6) | Случаи ВПР новорожденных, недиагностированных внутриутробно | у | Ежеквартально | 112/у), индивидуальная карта беременной, роженицы, родильницы (форма 111/у) | Значение индикат стремиться к нулю |
| 7) | Удельный вес детей в возрасте 6 месяцев, получающих исключительно грудное вскармливание, за исключением детей отказных подкидышей и детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, матерей, принимающих цитостатики | | Ежеквартально | История развития ребенка (форма 112/у) | Значение индикат стремиться к 100 % |
| 8) | Удельный вес детей, получающих грудное вскармливание до 2 лет, за исключением детей отказных подкидышей и детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, матерей, принимающих цитостатики | | Ежеквартально | История развития ребенка (форма 112/у) | Увеличение показателя на 5 по сравнению предыдущим периодом |
| 12) | Удельный вес запущенных случаев среди впервые выявленных больных с туберкулезом легких | | Ежеквартально | Программный комплекс "Регистр больных туберкулезом" | Уменьшение значе показателя настоящего пери по сравнению предыдущим на 5 % |
| 1) | Охват населения профилактической флюорографией среди обязательного контингента | | 1 раз в год | План проведения флюорографических обследований, журнал регистрации флюорографических обследований, отчетные формы | Значение индикат стремиться к 100 % |
| 2) | Показатель выявляемости больных туберкулезом среди обследованных лиц методом флюорографии | | Ежеквартально | Журнал регистрации флюорографических обследований, карта профилактических флюорографических обследований (форма 052/у) | Значение индикат составляет не ме 60 % |
| | | | | | |

| | | | | Значение | индикат |
|----|---|---------------|--|----------|---------|
| 3) | Показатель выявляемости больных с подозрением на туберкулез среди обследованных лиц методом микроскопии | Ежеквартально | Журнал регистрации микроскопических обследований, отчетные формы, лабораторный регистрационный журнал (форма ТБ 04 /у), направление на микроскопическое исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (форма ТБ 05/у) | | |

| | | | | |
|----|---|---------------|--|--|
| | | | | составляет не менее 70 % |
| 4) | Число больных туберкулезом, прервавших терапию на уровне ПМСП | Ежеквартально | Медицинская карта амбулаторного больного (форма 025/у) | Значение индикатора стремиться к нулю |
| 5) | Количество больных туберкулезом, получающих психосоциальную помощь | Ежеквартально | Медицинская карта амбулаторного больного (форма 025/у) | Увеличение количества больных на 20 % по сравнению с предыдущим периодом |
| 13 | Удельный вес числа впервые выявленных больных злокачественными новообразованиями 3-4 стадии за отчетный период | 1 раз в год | База данных "Онкорегистр" | Уменьшение показателя на 5 % сравнению предыдущим периодом |
| 1) | Удельный вес числа впервые выявленных больных злокачественными новообразованиями 1-2 стадии за отчетный период | 1 раз в год | База данных "Онкорегистр" | Увеличение показателя на 1 % сравнению предыдущим периодом |
| 2) | Показатель 5-летней выживаемости больных злокачественными новообразованиями | 1 раз в год | База данных "Онкорегистр" | Значение индикатора составляет не менее 50 % |
| 14 | Общее количество обоснованных жалоб за отчетный период по сравнению с предыдущим периодом | Ежеквартально | Журнал регистрации обращений | Уменьшение показателя на 10 по сравнению предыдущим периодом |
| 15 | Уровень госпитализации больных из числа прикрепленного населения госпитализированных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы: - артериальная гипертензия; - инфаркт миокарда; - инсульт | Ежеквартально | Статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у) (МКБ-10: I10-I13, I20-I21.4, I60-I66.9) | Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению предыдущим на 10 % |

Примечание: расшифровка аббревиатур:
ПМСП - первичная медико-санитарная помощь
ЖФВ – женщины фертильного возраста
ОКИ – острая кишечная инфекция
ОРИ – острая респираторная инфекция

ИВБДВ – интегрированное ведение болезней детского возраста
 РДРВ – развитие детей раннего возраста
 ВПР – врожденные пороки развития
 ККМФД – Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности
 Министерства здравоохранения Республики Казахстан
 МКБ – 10 - Международная классификация болезней X пересмотра
 АИС – автоматическая информационная система

Приложение 2

к Правилам организации и проведения
 внутренней и внешней экспертиз
 качества медицинских услуг

Внутренняя экспертиза качества медицинских услуг

| Случаи (разделы деятельности), подлежащие внутренней экспертизе и периодичность проведения внутренних экспертиз | Ответственные за проведение экспертизы | Результаты внутренней экспертизы |
|---|--|----------------------------------|
| 1 | 2 | 3 |
| <p>1. В организации, оказывающей стационарную помощь все случаи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) летальных исходов; 2) фактов возникновения внутрибольничных инфекций; 3) осложнений, в том числе послеоперационных; 4) повторной госпитализации по одному и тому же заболеванию в течение одного месяца вследствие некачественного предыдущего лечения; 5) удлинения или укорочения сроков лечения; 6) расхождений диагнозов; 7) необоснованной госпитализации – не менее 5 % пролеченных случаев в квартал. <p>2. В организации, оказывающей амбулаторно-поликлиническую помощь, все случаи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) материнской смертности; 2) смерти на дому детей от 0 до 5 лет включительно; 3) смерти на дому лиц трудоспособного возраста от заболеваний; 4) запущенных форм | | |

онкологических заболеваний и туберкулеза;
5) первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста;
6) осложнений беременности;
7) наблюдений за гражданами после выписки из стационара - не менее 30 законченных случаев в квартал.

3. В организации скорой медицинской помощи все случаи:

- 1) повторных вызовов по тому же заболеванию в течение суток;
- 2) летальности при вызовах: смерть до прибытия бригады, смерть в присутствии бригады;
- 3) расхождения диагнозов бригады скорой помощи и стационара в случае госпитализации больных - не менее 50 обслуженных вызовов за квартал.

4. В организации, осуществляющей деятельность в сфере службы крови медицинские карты всех доноров, сдавших кровь на платной и бесплатной основе - не менее 20 % медицинских карт доноров в квартал; этапы и технологии заготовки и хранения крови и ее компонентов, включая:

- 1) наличие функциональных блоков и их содержание;
- 2) условия "Холодовой цепи";
- 3) регулярность технического обслуживания, калибровка медицинского оборудования;
- 4) результаты входного контроля;
- 5) соблюдение карантинизации;
- 6) наличие процедуры выявления критических этапов;
- 7) обеспечение инфекционной

Служба внутреннего контроля (аудита)

1. Общее количество выявленных дефектов, структура, возможные причины и пути устранения
2. Количество выявленных дефектов, повлиявших на ухудшение состояния здоровья
3. Количество выявленных отклонений, приведших к увеличению затрат

| | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <p>и иммунологической безопасности продукции крови ;</p> <p>8) наличие брака при консервировании крови.</p> <p>5. Экспертиза качества работы средних медицинских работников включает:</p> <p>1) оценка качества работы старших медицинских сестер;</p> <p>2) выборочная оценка работы средних медицинских работников .</p> <p>1 экспертиза включает:</p> <p>1) организация работы по кадровому планированию, рациональной расстановке и использованию средних и младших медицинских работников ;</p> <p>2) организационные мероприятия по повышению квалификации, переподготовке, оценке квалификации средних медицинских работников;</p> <p>3) осуществление контроля за противоэпидемическими мероприятиями в отделении;</p> <p>4) организация лечебного процесса – не менее 5 экспертиз в квартал</p> | | <p>оказание помощи</p> <p>медицин</p> |
|--|--|---------------------------------------|

Приложение 3

к Правилам организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг

Внешняя экспертиза качества медицинских услуг

| Случаи (разделы деятельности), подлежащие экспертизе | Лица, осуществляющие внешнюю экспертизу | Выводы по результатам экспертизы |
|---|---|----------------------------------|
| 1 | 2 | 3 |
| <p>1. В организациях, оказывающих стационарную помощь :</p> <p>1) 100 % случаев от общего числа зарегистрированных случаев летальных исходов;</p> <p>2) не менее 50 % случаев от общего числа</p> | | |

зарегистрированных случаев* :
возникновения внутрибольничных инфекций; осложнений, в том числе послеоперационных; повторной госпитализации по одному и тому же заболеванию в течение одного месяца вследствие некачественного предыдущего лечения ;
3) не менее 10 % медицинских карт стационарного больного по каждому отделению стационара от числа пролеченных больных за анализируемый период.

2. В организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь:

1) 100 % случаев от общего числа зарегистрированных случаев :
материнской смертности; смерти на дому детей от 0 до 5 лет включительно; смерти на дому лиц трудоспособного возраста; запущенных форм онкологических заболеваний и туберкулеза;

2) не менее 50 % случаев от общего числа зарегистрированных случаев* :
осложнений беременности: гестозов тяжелой степени, родов, осложнившихся акушерскими кровотечениями, гистерэктомиями; первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста; наблюдений за гражданами после выписки из стационара по заболеваниям, по которым медицинская помощь является приоритетной, по определению уполномоченного органа в области здравоохранения;

3) не менее 10 медицинских карт амбулаторного больного

Специалисты государственного органа контроля медицинской и фармацевтической деятельности и (или) аккредитованные независимые эксперты

1. О соответствии (несоответствии) оказанной медицинской помощи требованиям действующего законодательства в области здравоохранения

2. О предоставлении пациенту бесплатной медицинской помощи в объеме, гарантированном государством

3. О наличии оснований для применения мер дисциплинарного и (или) административного -

| | | |
|--|--|---|
| <p>с каждого отделения и (или) профиля специалистов.</p> <p>3. В организациях, осуществляющих деятельность в сфере службы крови: не менее 50 медицинских карт доноров, сдавших кровь на платной и бесплатной основе.</p> <p>4. В организациях скорой медицинской помощи:</p> <p>1) не менее 50 % случаев от общего числа зарегистрированных случаев*:</p> <p>повторных вызовов по тому же заболеванию в течение суток;</p> <p>летальности при вызовах: смерть до прибытия бригады, смерть в присутствии бригады; расхождения диагнозов бригады скорой помощи и стационара в случае госпитализации больных;</p> <p>2) не менее 10-ти медицинских карт выездов общепрофильных и специализированных бригад.</p> | | <p>правового воздействия с указанием конкретных лиц</p> |
|--|--|---|

* При установлении факта необъективного, некачественного проведения внутренней экспертизы, внешней экспертизой охватываются 100 % указанных случаев.

П р и л о ж е н и е 4
к Правилам организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг

Внешние индикаторы оценки качества медицинских услуг

| № | Наименование индикаторов | Единица измерения | Периодичность информации | Источник информации | Пороговое значение |
|---|------------------------------|------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Индикаторы оценки качества медицинских услуг для организаций оказывающих стационарную помощь | | | | | |
| 1 | Удельный вес случаев умерших | Число случаев умерших в стационаре | Ежемесячно | Отчетные данные Медицинская карта | |

| | | | | | |
|---|--|--|------------|---|---|
| | при плановой госпитализации | всех поступивших в плановом порядке за отчетный период | | стационарного больного (форма 003/у) | Значение индикатора стремиться к нулю |
| 2 | Послеоперационная летальность в случаях плановой госпитализации | Количество умерших в стационаре после оперативных вмешательств от всех оперированных в плановом порядке за отчетный период | Ежемесячно | Отчетные данные, медицинская карта стационарного больного (форма 003/у) | Значение индикатора стремиться к нулю |
| 3 | Число случаев материнской смертности за отчетный период из них от: акушерских кровотечений; гестозов; аборт; экстрагенитальной патологии | Абсолютное число | Ежедневно | Данные мониторинга беременных, родильниц медицинской организации, карта учета материнской смертности (форма 2009-1/у) | Значение индикатора стремиться к нулю по причине которые поддаются управлению |
| 4 | Количество случаев детской смертности за отчетный период из них от: заболеваний органов дыхания; кишечных инфекций; врожденных пороков развития; причин перинатального периода | Абсолютное число | Ежедневно | Карта учета родившегося живым, мертворожденного и умершего ребенка в возрасте до 5 лет (форма 2009/у) | Уменьшение значения показателя отчетного периода сравнению предыдущим 5 % |
| 5 | Показатель внутрибольничной инфекции | Количество зарегистрированных случаев внутрибольничной инфекцией | Ежемесячно | Журнал учета инфекционных заболеваний (форма 060/у) | Значение индикатора стремиться к нулю |
| 6 | Показатель повторного поступления (в течение месяца по поводу одного и того же заболевания) | Число повторных госпитализаций от числа госпитализированных за отчетный период | Ежемесячно | Отчетные данные, медицинская карта стационарного больного (форма 003/у), статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у) | Значение индикатора стремиться к нулю |
| | Случаи расхождения клинического и | | | Протокол патологоанатомического | Значение индикатора |

| | | | | | |
|---|---|---|------------|------------------------------|-------------------------------------|
| 7 | патологоанатомического диагноза | Количество случаев за отчетный период | Ежемесячно | исследования (форма 013/у) | стремиться нулю |
| 8 | Общее количество обоснованных жалоб по сравнению с аналогичным периодом прошлого года | Количество обоснованных жалоб в сравнении с предыдущим периодом | Ежемесячно | Журнал регистрации обращений | Значение индикатора стремиться нулю |

Индикаторы оценки качества медицинских услуг для организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь

| | | | | | |
|----|--|---|---------------|--|--|
| 9 | Показатель общей смертности, в том числе трудоспособного возраста, среди прикрепленного населения за отчетный период | Абсолютное число расчетный показатель на 1000 населения | Ежеквартально | Данные областного статистического управления с указанием домашнего адреса | Уменьшение значения показателя отчетного периода сравнению с предыдущим 5 % по причинам, которые подлежат управлению |
| 10 | Удельный вес случаев материнской смертности, предотвратимых на уровне ПМСП | Количество случаев материнской смерти среди прикрепленных жителей от предотвратимых причин, подтвержденных экспертно за отчетный период на количество прикрепленных женщин фертильного возраста | Ежедневно | Карта учета материнской смертности (форма 2009-1/у) (случаи материнской смертности, предотвратимые на уровне ПМСП по результатам экспертизы ККМФД) | Значение индикатора стремиться нулю |
| 11 | Детская смертность до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП (ОКИ, ОРИ) | Количество детской смертности в возрасте от 0 до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП (ОКИ, ОРИ) на количество детей в возрасте от 0 до 5 лет среди прикрепленного населения | Ежедневно | Карта учета родившегося живым, мертворожденного и умершего ребенка в возрасте до 5 лет (форма 2009/у) | Уменьшение значения показателя отчетного периода сравнению с предыдущим 5 % |
| | | Количество случаев госпитализированных беременных ЖФВ с экстрагенитальной | | | |

| | | | | | |
|----|--|---|---------------|--|---|
| 12 | Случаи беременности Ж Ф В экстрагени- тальной патологией, которым абсолютно противопоказана беременность | патологией, с которым абсолютно противопоказана беременность, среди прикрепленных жителей на общее количество госпитализиро- в а н н ы х беременных среди прикрепленных жителей | Ежеквартально | Статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у), Программное обеспечение "Регистр беременных" | Значение индикатора стремиться к нулю |
| 13 | Удельный вес запущенных случаев в первые выявленных больных туберкулезом легких | Количество запущенных случаев в первые выявленных туберкулезом легких среди прикрепленного населения в первые выявленных случаев туберкулеза легких среди прикрепленного населения | Ежеквартально | Программный комплекс "Регистр больных туберкулезом" | Уменьшение значения показателя отчетного периода сравнению предыдущим 5 % |
| 14 | Количество в первые выявленных случаев диагнозом злокачественного новообразования визуальной локализации 3-4 стадии среди прикрепленного населения | Количество впервые выявленных случаев с диагнозом злокачественного новообразования визуальной локализации 3-4 стадии среди прикрепленного населения на количество всех в первые выявленных случаев с диагнозом злокачественного новообразования визуальной локализации с р е д и прикрепленного населения | Ежеквартально | Программный комплекс "Регистр онкологических больных" | Уменьшение значения показателя отчетного периода сравнению предыдущим 5 % |
| | | | | | |

| | | | | | |
|----|--|---|---------------|--|--|
| 15 | Общее количество обоснованных жалоб за отчетный период по сравнению с предыдущим периодом | Расчет на общее количество обращений | Ежемесячно | Журнал регистрации обращений | Значение индикатора стремиться нулю |
| 16 | Уровень госпитализации больных из числа прикрепленного населения госпитализированных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы: артериальная гипертензия; инфаркт миокарда; инсульт | Количество пролеченных больных из числа прикрепленного населения с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы: - артериальная гипертензия; - инфаркт миокарда; - инсульт* 100 на количество пролеченных больных из числа прикрепленного населения с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы: - артериальная гипертензия; - инфаркт миокарда; - инсульт | Ежеквартально | Статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у) (МКБ-10: I10-I13, I20-I21.4, I60-I66.9) | Уменьшение значения показателя отчетного периода сравнению с предыдущим на |

Примечание: расшифровка аббревиатур:

ПМСП - первичная медико-санитарная помощь

ЖФВ – женщины фертильного возраста

ОКИ – острая кишечная инфекция

ОРИ – острая респираторная инфекция

ВПр – врожденные пороки развития

ККМФД – Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан

МКБ – 10 - Международная классификация болезней десятого пересмотра

АИС – автоматическая информационная система

© 2012. РГП на ПХВ «Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан»
Министерства юстиции Республики Казахстан