

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

Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 марта 2015 года № 173. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 29 апреля 2015 года № 10880

      В соответствии c пунктом 5 статьи 58 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» **ПРИКАЗЫВАЮ**:  
      1. Утвердить прилагаемые Правила организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг.  
      2. Комитету контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан обеспечить:  
      1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;  
      2) в течение десяти календарных дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан направление на официальное опубликование в периодических печатных изданиях и информационно-правовой системе «Әділет»;  
      3) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан.  
      3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан Цой А.В.  
      4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

*Министр                                          Т. Дуйсенова*

*Согласовано*  
*Министр национальной экономики*  
*Республики Казахстан*  
*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е. Досаев*  
*«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2015 год*

Утверждены                
приказом Министра здравоохранения    
и социального развития          
Республики Казахстан           
от 27 марта 2015 года № 173

**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) и определяют порядок организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг, оказываемых субъектами здравоохранения независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности, в соответствии с законодательством Республики Казахстан о государственном контроле и надзоре в рамках иных форм контроля без посещения субъекта здравоохранения.  
      2. В настоящих Правилах используются следующие основные понятия:  
      1) внутрибольничные комиссии – комиссии, создаваемые в организациях, оказывающих стационарную помощь (по профилактике внутрибольничных инфекций, по разбору летальных случаев);  
      2) клинический аудит – подробный ретроспективный и (или) текущий анализ проведенных лечебно-диагностических мероприятий на предмет их соответствия стандартам в области здравоохранения;  
      3) индикаторы оценки качества медицинских услуг (далее – индикаторы оценки) - 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 медицинских услуг субъектами здравоохранения;  
      4) экспертиза качества медицинских услуг (далее – экспертиза) – совокупность организационных, аналитических и практических мероприятий, осуществляемых для вынесения заключения по уровню качества медицинских услуг, предоставляемых физическими и юридическими лицами, с использованием индикаторов оценки, отражающих показатель эффективности, полноты и соответствия медицинских услуг стандартам в области здравоохранения;  
      5) ретроспективный анализ – анализ на основе изучения медицинской документации пациентов ранее получивших медицинские услуги;  
      6) 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;  
      7) независимый эксперт – физическое лицо, аккредитованное для проведения независимой экспертизы деятельности субъектов здравоохранения;  
      8) служба поддержки пациента и внутреннего контроля (аудита) (далее – Служба) - структурное подразделение организации здравоохранения, осуществляющее деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг на уровне организации здравоохранения;  
      9) 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. Основные принципы экспертизы:  
      1) системность – осуществление экспертизы во взаимосвязи индикаторов структуры, процесса и результата;  
      2) объективность – применение стандартов в области здравоохранения при осуществлении экспертизы;  
      3) открытость – осуществление экспертизы специалистами Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан (далее - Комитет), в том числе с привлечением независимых экспертов в области здравоохранения.  
      4. В ходе проведения экспертизы анализируется соблюдение медицинскими работниками стандартов в области здравоохранения, в том числе протоколов диагностики и лечения.  
      5. В качестве источника информации при проведении экспертизы используются медицинская документация и электронные информационные ресурсы в области здравоохранения.

**2. Организация и проведение внутренней экспертизы**

      6. Внутренняя экспертиза осуществляется Службой, при необходимости привлекаются представители общественных объединений, профессиональных ассоциаций.  
      7. Структура и состав Службы утверждаются руководителем организации здравоохранения.  
      8. К функциям Службы относится:  
      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 оказания медицинских услуг;  
      5) изучение мнения сотрудников организации здравоохранения и информирование персонала о мерах по улучшению качества и обеспечению безопасности пациентов в организации;  
      6) координация деятельности организации здравоохранения по управлению качеством медицинских услуг по следующим направлениям:  
      решение проблем (жалоб) пациентов на месте по мере их появления в срок, не превышающий пяти календарных дней, с изучением степени удовлетворенности пациентов уровнем и качеством медицинских услуг посредством анкетирования;  
      оценка состояния и эффективности использования кадровых и материально-технических ресурсов;  
      оценка технологий оказания медицинских услуг пациентам на соответствие установленным стандартам в области здравоохранения (клинический аудит) и отбор случаев, подлежащих комиссионной оценке;   
      соблюдение правил обеспечения получения гражданами гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, утверждаемых в соответствии с подпунктом 77) пункта 1 статьи 7 Кодекса;  
      разработка программных мероприятий, направленных на предупреждение и устранение дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности оказания медицинских услуг.  
      9. Службой разрабатывается программа по обеспечению и непрерывному повышению качества оказания медицинских услуг, 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 мероприятий;  
      5) ожидаемые результаты от реализации программы.  
      10. Внутренняя экспертиза проводится путем оценки качества медицинских услуг ретроспективно и непосредственно в момент получения пациентами медицинских услуг.  
      11. Случаи (разделы деятельности – для среднего медицинского персонала), подлежащие внутренней экспертизе, и периодичность проведения внутренней экспертизы установлены в приложении 2 к настоящим Правилам.  
      12. Все остальные случаи оказания медицинских услуг, кроме перечисленных в приложении 2 к настоящим Правилам, имеют одинаковую возможность быть подвергнутыми внутренней экспертизе, что обеспечивается статистическим методом случайной выборки.  
      13. В ходе проведения внутренней экспертизы:  
      1) оцениваются технологии оказания медицинских услуг 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 оказываемых медицинских услуг 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.  
      14. Результаты внутренней экспертизы выносятся и разбираются на заседаниях внутрибольничных комиссий, на врачебных конференциях, координационных советах с последующим принятием управленческих решений.

**3. Организация и проведение внешней экспертизы**

      15. Внешняя экспертиза проводится Комитетом, в том числе с привлечением независимых экспертов.  
      16. При проведении внешней экспертизы, анализируются результаты внутренней экспертизы на предмет соблюдения принципов внутренней экспертизы, адекватности и эффективности принятых мер Службой. В том числе, анализируются результаты внутренней экспертизы случаев, подлежащих обязательной экспертизе, а также случаев рассмотрения обращений пациентов.  
      17. Случаи (разделы деятельности - для среднего медицинского персонала), подлежащие внешней экспертизе, установлены в приложении 3 к настоящим Правилам.  
      18. Внешние индикаторы, установленные в приложении 4 к настоящим Правилам, анализируются посредством оценки соответствия пороговых значений в динамике.  
      19. По результатам внешней экспертизы составляется заключение в двух экземплярах, один экземпляр заключения вручается 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 заключению.  
      20. Субъекты здравоохранения предоставляют медицинскую документацию в срок не более чем через три дня с момента летального случая.

**4. Этапы внутренней и внешней экспертиз**

      21. Этапы экспертизы:  
      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 оказываемых медицинских услуг проводится путем анкетирования пациентов и (или) их родственников и по количеству обоснованных обращений граждан на деятельность субъекта здравоохранения;  
      4) анализ и обобщение результатов экспертизы;  
      5) принятие мер, направленных на устранение и предупреждение выявленных недостатков по результатам внутренней экспертизы.  
      22. Экспертиза осуществляется путем проведения:  
      1) текущего анализа, в ходе которого изучается медицинская документация пациентов, получающих медицинские услуги на момент проведения экспертизы;  
      2) ретроспективного анализа, в ходе которого изучаются медицинская документация пациентов, получивших медицинские услуги на момент проведения экспертизы.  
      23. 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 трех дней с учетом результатов проведенных исследований до госпитализации;  
      4) обоснованность нахождения на лечении, получения медицинских услуг в данной форме (амбулаторно-поликлинической, стационарной, стационарозамещающей);  
      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) качество ведения медицинской документации.  
      На уровне амбулаторно-поликлинической помощи дополнительно оцениваются диспансерные, профилактические и реабилитационные мероприятия.  
      24. 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.  
      25. 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. Проводится оценка влияния невыполнения стандарта по обследованию на последующие этапы оказания медицинских услуг.  
      26. 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, 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, бессимптомное течение тяжелого сопутствующего заболевания, редко встречающиеся осложнения и сопутствующие заболевания, отражаются в результатах экспертизы. Проводится оценка влияния неправильной и (или) несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг.  
      27. 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 медицинских услуг.  
      28. 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) значительное отклонение от протоколов диагностики и лечения заболеваний, наличие полипрагмазии без тяжелого побочного действия лекарств и развития нового патологического синдрома;  
      7) 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 наличие обстоятельств, создающих затруднение или невозможность проведения эффективных лечебных мероприятий, и оказавших или способствовавших оказанию влияния на исход заболевания.  
      29. При проведении экспертизы на уровне стационара проводится оценка обоснованности отказов в госпитализации, оценка качества оказания медицинских услуг в приемных отделениях стационаров, наличие преемственности со станциями (отделениями) скорой помощи, доступности населения к стационарной помощи. На уровне амбулаторно-поликлинической помощи проводится оценка доступности оказания медицинских услуг для пациентов, организация работы регистратуры.  
      30. Оценке качества медицинских услуг подлежат возникшие осложнения и осложнения, обусловленные низким техническим качеством исполнения операции, послеоперационные осложнения, являющиеся следствием выполнения хирургических манипуляций и применения других методов исследования.  
      31. Качество ведения медицинской документации определяется по наличию, полноте и качеству записей в соответствии с формами первичной медицинской документации организаций здравоохранения, утвержденными приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907, зарегистрированным в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 6697.  
      В ходе проведения экспертизы 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.  
      32. 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.  
      33. 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.  
      34. Оценка профилактических мероприятий за детьми до 5 лет проводится по следующим критериям:  
      1) соблюдение сроков наблюдения за детьми и полнота осмотров специалистами;  
      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 раннего возраста;  
      4) соблюдение календаря профилактических прививок;  
      5) наличие контроля за состоянием здоровья ребенка после проведения прививки;  
      6) обоснованность медицинских отводов.  
      35. 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 скрининга;  
      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 уровню госпитализации.  
      36. Оценка достигнутого результата проводится по следующим критериям:  
      1) достижение ожидаемого клинического эффекта при соблюдении технологии оказания медицинских услуг;  
      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 неточного диагноза);  
      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 веществ;  
      4) наличие полипрагмазии, обусловившее развитие нежелательных последствий.  
      37. По завершению экспертизы, при отклонении оказания медицинских услуг классифицируются и делаются следующие выводы:  
      о соответствии (несоответствии) оказанной медицинской помощи стандартам в области здравоохранения;  
      о предоставлении пациенту бесплатной медицинской помощи в объеме, гарантированном государством.

Приложение 1              
к Правилам организации и проведения   
внутренней и внешней экспертиз     
качества медицинских услуг

**Внутренние индикаторы**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование индикаторов** | **Периодичность информации** | **Источник информации** | **Пороговое значение** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **Индикаторы оценки для организаций, оказывающих стационарную помощь** | | | | |
| 1 | Удельный вес случаев умерших при плановой госпитализации | Ежемесячно | Отчетные данные, медицинская карта стационарного больного (форма 003/у, утвержденная приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения», зарегистрированным в реестре государственной регистрации нормативных правовых актов 21 декабря 2010 года № 6697 (далее - Приказ) | Значение индикатора стремится к нулю |
| 2 | Показатель досуточной летальности в стационаре | Ежеквартально | Медицинская карта стационарного больного (форма 003/у в соответствии с Приказом), статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у в соответствии с Приказом) | Значение индикатора не превышает 4 % |
| 3 | Послеоперационная летальность в случаях плановой госпитализации | Ежемесячно | Отчетные данные, медицинская карта стационарного больного (форма 003/у в соответствии с Приказом) | Значение индикатора стремится к нулю в случаях плановой госпитализации |
| 1) | Удельный вес интраоперационных осложнений | Ежеквартально | Отчетные данные, медицинская карта стационарного больного (форма 003/у в соответствии с Приказом), журнал записи оперативных вмешательств в стационаре (форма 008/у в соответствии с Приказом) | Значение индикатора не превышает 5 % |
| 2) | Удельный вес послеоперационных осложнений | Ежеквартально | Отчетные данные, медицинская карта больного (форма 003/у в соответствии с Приказом), журнал записи оперативных вмешательств в стационаре (форма 008/у в соответствии с Приказом) | Значение индикатора не превышает 3 % |
| 4 | 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 в соответствии с Приказом) | Значение индикатора стремится к нулю по причинам, которые поддаются управлению |
| 1) | Удельный вес случаев родового травматизма | Ежеквартально | История родов (форма 096/у), журнал записи оперативных вмешательств в стационаре (форма 008/у в соответствии с Приказом) | Значение индикатора стремится 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 в соответствии с Приказом) | 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 в соответствии с Приказом) | Значение индикатора стремится к нулю |
| 4) | Полнота выявления экстрагенитальной патологии при поступлении в стационар | Ежеквартально | История родов (форма 096/у в соответствии с Приказом), медицинская карта стационарного больного (форма 003/у в соответствии с Приказом), статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у в соответствии с Приказом) | Значение индикатора стремится к 100 % |
| 5 | Количество случаев детской смертности от 0 до 5 лет за отчетный период из них от:  заболеваний органов дыхания;  кишечных инфекций;  врожденных пороков развития;  причин перинатального периода | Ежемесячно | Карта учета материнской смертности (форма 2009/у в соответствии с Приказом) | Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 5 % |
| 1) | Удельный вес случаев травматизма новорожденных | Ежеквартально | История родов (форма 096/у в соответствии с Приказом), история развития новорожденного (форма 097/у в соответствии с Приказом) | Значение индикатора стремится к нулю |
| 2) | Показатель интранатальной гибели плода на 100 родившихся живыми и мертвыми | Ежеквартально | История родов (форма 096/у в соответствии с Приказом) | Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 10 % |
| 3) | Показатель соблюдения тепловой цепочки под термоконтролем (мониторинг температурного режима) | Ежеквартально | История развития новорожденного (форма 097/у в соответствии с Приказом);  история родов (форма 096/у в соответствии с Приказом) | Значение индикатора не превышает 0,5 % |
| 4) | Показатель ранней неонатальной смертности (до 7 суток жизни) на 1000 родившихся живыми | Ежеквартально | История развития новорожденного (форма 097/у в соответствии с Приказом) | Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 5 % |
| 6 | Показатель внутрибольничной инфекции | Ежемесячно | Журнал учета инфекционных заболеваний (форма 060/у в соответствии с Приказом) | Значение индикатора стремится к нулю |
| 1) | Удельный вес гнойно-септических процессов после оперативных вмешательств | Ежемесячно | Медицинская карта стационарного больного (форма 003/у в соответствии с Приказом) | Значение индикатора не превышает 1 % |
| 2) | Удельный вес гнойно-септических процессов у новорожденных | Ежемесячно | История развития новорожденного (форма 097/у в соответствии с Приказом) | Значение индикатора стремится к нулю |
| 7 | Показатель повторного  поступления (в течение месяца по поводу одного и того же заболевания) | Ежемесячно | Отчетные данные, медицинская карта стационарного больного (форма 003/у в соответствии с Приказом), статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у в соответствии с Приказом) | Значение индикатора стремится к нулю |
| 8 | Случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов | Ежемесячно | Протокол патологоанатомического исследования (форма 013/у в соответствии с Приказом) | Значение индикатора стремится к нулю |
| 9 | Общее количество обоснованных жалоб по сравнению с аналогичным периодом прошлого года | Ежемесячно | Журнал регистрации обращений | Значение индикатора стремится к нулю |
| **Индикаторы оценки для организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь** | | | | |
| 10 | 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 % |
| 11 | Удельный вес случаев материнской смертности, предотвратимых на уровне ПМСП\* | Ежедневно | Карта учета материнской смертности (форма 2009-1/у в соответствии с Приказом) (случаи материнской смертности, предотвратимые на уровне ПМСП (по результатам экспертизы ККМФД\*) | Значение индикатора стремится к нулю |
| 1) | Удельный вес оздоровленных женщин с экстрагенитальной патологией среди ЖФВ\* прикрепленного населения | Ежеквартально | Медицинская карта амбулаторного больного (форма 025/у в соответствии с Приказом), Статистическая карта амбулаторного пациента (форма 025-05/у в соответствии с Приказом) Контрольная карта диспансерного наблюдения (форма 030/у в соответствии с Приказом) | 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 в соответствии с Приказом) | Значение индикатора стремится к 100 % |
| 3) | Случаи беременности ЖФВ\* с экстрагенитальной патологией, которым абсолютно противопоказана беременность | Ежеквартально | Статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у в соответствии с Приказом), Программное обеспечение "Регистр беременных" | Значение индикатора стремится к нулю |
| 4) | Уровень абортов по отношению к родам | Ежеквартально | Статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у в соответствии с Приказом), (МКБ-10\*: роды) | Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с 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 в соответствии с Приказом), (МКБ-10\*: O с указанием родоразрешения) Программное обеспечение "Регистр беременных" | Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 5 % |
| 12 | 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 в соответствии с Приказом) | Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 5 % |
| 1) | Удельный вес обученных медицинских работников (врачей, средних медицинских работников) ПМСП\* по программе ИВБДВ\*, РДРВ\* | 1 раз в год | Отчет отдела кадров | Значение индикатора 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 значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 5 % |
| 3) | Показатель посещаемости врачом новорожденных в первые 3 дня после выписки из роддома (патронаж) | Ежеквартально | История развития ребенка (форма 112/у в соответствии с Приказом), АИС\* "Стационар" | Значение индикатора стремится к 100 % |
| 4) | Удельный вес экстренной госпитализации детей до 5 лет с ОКИ\*, ОРИ\* за отчетный период | Ежеквартально | Данные "Мединформ" | Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с 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 индикатора стремится к 100 % |
| 6) | Случаи ВПР\* у новорожденных, недиагностированных внутриутробно | Ежеквартально | История развития ребенка (форма 112/у в соответствии с Приказом), индивидуальная карта беременной, роженицы, родильницы (форма 111/у в соответствии с Приказом) | Значение индикатора стремится 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 в соответствии с Приказом) | Значение индикатора стремится 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 в соответствии с Приказом) | Увеличение показателя на 5 % по сравнению с предыдущим периодом |
| 13 | Удельный вес запущенных случаев среди впервые выявленных больных с туберкулезом легких | Ежеквартально | Программный комплекс "Регистр больных туберкулезом" | Уменьшение значения показателя настоящего периода по сравнению с 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 индикатора стремится к 100 % |
| 2) | Показатель выявляемости больных туберкулезом среди обследованных лиц методом флюорографии | Ежеквартально | Журнал регистрации флюорографических обследований, карта профилактических флюорографических обследований (форма 052/у в соответствии с Приказом) | Значение индикатора составляет не менее 60 % |
| 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 в соответствии с Приказом), направление на микроскопическое исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (форма ТБ 05/у в соответствии с Приказом) | Значение индикатора составляет не менее 70 % |
| 4) | Число больных туберкулезом, прервавших терапию на уровне ПМСП\* | Ежеквартально | Медицинская карта амбулаторного больного (форма 025/у в соответствии с Приказом) | Значение индикатора стремится к нулю |
| 5) | Количество больных туберкулезом, получающих психо-социальную помощь | Ежеквартально | Медицинская карта амбулаторного больного (форма 025/у в соответствии с Приказом) | Увеличение количества больных на 20 % по сравнению с предыдущим периодом |
| 14 | 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 % по сравнению с 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 % по сравнению с 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 с 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 в соответствии с Приказом) (МКБ-10\*: I10-I13, I20-I21.4, I60-I66.9) | Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с 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

**Случаи (разделы деятельности – для среднего медицинского**  
         **персонала), подлежащие внутренней экспертизе, и**  
          **периодичность проведения внутренней экспертизы**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Случаи (разделы деятельности), подлежащие внутренней экспертизе и периодичность проведения внутренней экспертизы** | **Ответственные за проведение экспертизы** | **Результаты внутренней экспертизы** |
| **1** | **2** | **3** |
| 1. В организации, оказывающей стационарную помощь все случаи:  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.  2. В организации, оказывающей амбулаторно-поликлиническую помощь, все случаи:  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 и иммунологической безопасности продукции крови;  8) наличие брака при консервировании крови.  5. Экспертиза качества работы средних медицинских работников включает:  1) оценка качества работы старших медицинских сестер;  2) выборочная оценка работы средних медицинских работников.  3) организация работы по кадровому планированию, рациональной расстановке и использованию средних и младших медицинских работников;  4) организационные мероприятия по повышению квалификации, переподготовке, оценке квалификации средних медицинских работников;  5) осуществление контроля за противоэпидемическими мероприятиями в отделении;  6) организация лечебного процесса – не менее 5 экспертиз в квартал | Служба поддержки пациента и внутреннего контроля  (аудита) | 1. Общее количество выявленных дефектов, их структура, возможные причины и пути их устранения  2. Количество выявленных дефектов, повлекших ухудшение состояния здоровья  3. Количество выявленных отклонений, приведших к увеличению затрат на оказание медицинской помощи |

      Примечание:  
      \* Законченный случай – комплекс медицинских услуг, оказанных пациенту на амбулаторно-поликлиническом уровне с момента первичного обращения до завершения лечения.  
      \* Пролеченный случай – комплекс медицинских услуг, оказанных пациенту в стационарных (стационарозамещающих) условиях с момента поступления до выписки.

Приложение 3                
к Правилам организации и проведения    
внутренней и внешней экспертиз       
качества медицинских услуг

**Случаи (разделы деятельности - для среднего медицинского**  
            **персонала), подлежащие внешней экспертизе**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Случаи (разделы деятельности), подлежащие внешней экспертизе** | **Лица, осуществляющие внешнюю экспертизу** | **Выводы по результатам экспертизы** |
| 1 | 2 | 3 |
| 1. В организациях, оказывающих стационарную помощь:  1) 100 % случаев от общего числа зарегистрированных случаев летальных исходов;  2) не менее 50 % случаев от общего числа 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 с каждого отделения и (или) профиля специалистов.  3. В организациях, осуществляющих деятельность в сфере службы крови: не менее 50 медицинских карт доноров, сдавших кровь на платной и бесплатной основе.  4. В организациях скорой медицинской помощи:  1) не менее 50 % случаев от общего числа зарегистрированных случаев\*:  повторных вызовов по тому же заболеванию в течение суток;  летальности при вызовах:  смерть до прибытия бригады, смерть в присутствии бригады;  расхождения диагнозов бригады скорой помощи и стационара в случае госпитализации больных;  2) не менее 10-ти медицинских карт выездов общепрофильных и специализированных бригад | Специалисты Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан, в том числе с привлечением независимых экспертов в области здравоохранения | - о соответствии (несоответствии) оказанной медицинской помощи стандартам в области здравоохранения;  - о предоставлении пациенту бесплатной медицинской помощи в объеме, гарантированном государством |

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

Приложение 4               
к Правилам организации и проведения    
внутренней и внешней экспертиз      
качества медицинских услуг

**Внешние индикаторы**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование**  **индикаторов** | **Единица**  **измерения** | **Периодичность информации** | **Источник**  **информации** | **Пороговое**  **значение** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
|  | **Индикаторы оценки для организаций, оказывающих стационарную помощь** | | | | |
| 1 | Удельный вес случаев умерших при плановой госпитализации | Число случаев умерших в стационаре от всех поступивших в плановом порядке за отчетный период | Ежемесячно | Отчетные данные Медицинская карта стационарного больного (форма 003/у в соответствии с Приказом) | Значение индикатора стремится 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 в соответствии с Приказом) | Значение индикатора стремится к нулю |
| 3 | Число случаев материнской смертности за отчетный период из них от:  акушерских кровотечений;  гестозов;  абортов;  экстрагенитальной патологии | Абсолютное число | Ежедневно | Данные мониторинга беременных, родильниц медицинской организации, карта учета материнской смертности (форма 2009-1/у в соответствии с Приказом) | Значение индикатора стремится к нулю по причинам, 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 по сравнению с предыдущим на 5 % |
| 5 | Показатель внутрибольничной инфекции | Количество зарегистрированных случаев с внутрибольничной инфекцией | Ежемесячно | Журнал учета инфекционных заболеваний (форма 060/у в соответствии с Приказом) | Значение индикатора стремится 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 в соответствии с Приказом), статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у в соответствии с Приказом) | Значение индикатора стремится к нулю |
| 7 | Случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов | Количество случаев за отчетный период | Ежемесячно | Протокол патологоанатомического исследования (форма 013/у в соответствии с Приказом) | Значение индикатора стремится к 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 стремится к нулю |
| **Индикаторы оценки для организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь** | | | | | |
| 9 | Показатель общей  смертности, в том числе трудоспособного возраста, среди прикрепленного населения за отчетный период | Абсолютное число и расчетный показатель на 1000 населения | Ежеквартально | Данные областного статистического управления с указанием домашнего адреса | Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 5 % по причинам, которые поддаются 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 в соответствии с Приказом) (случаи материнской смертности, предотвратимые на уровне \*ПМСП по результатам экспертизы ККМФД\*) | Значение индикатора стремится к 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 в соответствии с Приказом) | Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 5 % |
| 12 | Случаи беременности ЖФВ\* с экстрагенитальной патологией, которым абсолютно противопоказана беременность | Количество случаев госпитализированных беременных ЖФВ\* с экстрагенитальной патологией, которым абсолютно противопоказана беременность, среди прикрепленных жителей на общее количество госпитализированных беременных среди прикрепленных жителей | Ежеквартально | Статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у в соответствии с Приказом), Программное обеспечение "Регистр беременных" | Значение индикатора стремится к нулю |
| 13 | Удельный вес запущенных случаев среди впервые выявленных больных с туберкулезом легких | Количество запущенных случаев у впервые выявленных туберкулезом легких среди прикрепленного населения на количество впервые выявленных случаев туберкулеза легких среди прикрепленного населения | Ежеквартально | Программный комплекс "Регистр больных туберкулезом" | Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 5 % |
| 14 | Количество впервые выявленных случаев с 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 впервые выявленных случаев с диагнозом злокачественного новообразования визуальной локализации среди прикрепленного населения | Ежеквартально | Программный комплекс  "Регистр онкологических больных" | Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 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 стремится к 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 в соответствии с Приказом) (МКБ-10\*: I10-I13, I20-I21.4, I60-I66.9) | Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 10 % |

      \* 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 и социального развития Республики Казахстан  
      МКБ – 10 - Международная классификация болезней десятого пересмотра  
      АИС – автоматическая информационная система

© 2012. РГП на ПХВ Республиканский центр правовой информации Министерства юстиции Республики Казахстан