



Об утверждении Правил организации и проведения экспертизы качества медицинских услуг

Утративший силу

Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 26 апреля 2007 года N 254. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 18 мая 2007 года N 4676. Утратил силу приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 677.

Сноска. Утратил силу приказом и.о. Министра здравоохранения РК от 10.11.2009 № 677 (порядок введения в действие см. п.6).

В соответствии с Законом Республики Казахстан "О системе здравоохранения", **ПРИКАЗЫВАЮ** :

1. Утвердить прилагаемые Правила организации и проведения экспертизы качества медицинских услуг.

2. Комитету по контролю в сфере оказания медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Мусину Е. М.) направить настоящий приказ на государственную регистрацию в Министерство юстиции Республики Казахстан.

3. Департаменту организационно-правового обеспечения Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Мухамеджанов Ж.М.) обеспечить официальное опубликование настоящего приказа в средствах массовой информации после его государственной регистрации в Министерстве юстиции Республики Казахстан.

4. Признать утратившим силу приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 28 декабря 2004 года N 898 "Об утверждении Правил осуществления контроля за качеством предоставляемых медицинских услуг в Республике Казахстан", зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за N 3398.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Омарова К.Т.

6. Настоящий приказ вводится в действие со дня его официального опубликования.

Министр

У т в е р ж д е н ы п р и к а з о м
М и н и с т р а з д р а в о о х р а н е н и я

П р а в и л а

организации и проведения экспертизы качества медицинских услуг

1. Общие положения

1. Настоящие Правила организации и проведения экспертизы качества медицинских услуг (далее - Правила) разработаны в соответствии с Законом Республики Казахстан "О системе здравоохранения" и устанавливают порядок организации и проведения экспертизы качества медицинских услуг.

2. Экспертизу качества медицинских услуг проводят государственный орган по контролю в сфере оказания медицинских услуг (далее - государственный орган), а также независимые эксперты, аккредитованные в порядке, утвержденном постановлением Правительства Республики Казахстан от 8 января 2004 года N 15 "Об утверждении Правил аккредитации в области здравоохранения". P091559

3. Экспертиза качества медицинских услуг включает в себя:

1) определение объема и качества оказываемой медицинской помощи, обоснованности размеров финансирования медицинских организаций;

2) определение соответствия уровня квалификации медицинских работников требованиям отраслевых нормативов;

3) определение соответствия укомплектованности медицинским оборудованием установленным нормативам;

4) обеспечение защиты прав граждан в области охраны здоровья;

5) определение степени удовлетворенности граждан уровнем и качеством оказываемых медицинской помощи и медицинских услуг;

6) определение соответствия видов медицинской помощи, установленных л и ц е н з и е й ;

7) выявление причин оказания некачественных медицинских услуг, принятие мер по их устранению и совершенствованию оказания медицинской помощи.

4. Настоящие Правила распространяются на организации здравоохранения, независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности, физических лиц, занимающихся частной медицинской практикой (далее - субъекты здравоохранения).

5. В настоящих Правилах используются следующие основные понятия:

1) индикаторы качества медицинских услуг - критерии, отражающие показатель эффективности, полноты и соответствия медицинских услуг стандартам в сфере здравоохранения, включающие:

индикаторы структуры - критерии обеспеченности человеческими, финансовыми и техническими ресурсами;

индикаторы процесса - критерии оценки выполнения технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации;

индикаторы результата медицинских услуг - критерии оценки последствий для здоровья в результате оказания или неоказания медицинской помощи медицинскими организациями или физическими лицами.

2) первичная медицинская документация - набор документов, предназначенных для записи данных о состоянии здоровья населения и отдельных лиц, отражающих характер, объем и качество оказываемой медицинской помощи, для ее организации и управления службами здравоохранения, в том числе медицинская карта амбулаторного и стационарного больного, медицинская карта донора, карта вызова бригады станции скорой медицинской помощи (далее - медицинская карта).

2. Предмет и принципы экспертизы качества медицинских услуг

6. Предметом экспертизы качества медицинских услуг является анализ и оценка результатов оказанных медицинских услуг на основании индикаторов, определяющих уровень качества медицинских услуг.

7. 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 использованием утвержденных стандартов в сфере здравоохранения;

3) открытость: экспертиза качества медицинских услуг осуществляется в присутствии представителей субъектов здравоохранения.

3. Виды и этапы экспертизы качества медицинских услуг

8. Виды экспертиз качества медицинских услуг:

1) текущая экспертиза - экспертиза, которой подлежат медицинские карты пациентов, получающие медицинские услуги на момент проведения экспертизы качества медицинских услуг;

2) ретроспективная экспертиза, которой подлежат медицинские карты пациентов, получившие медицинские услуги на момент проведения экспертизы качества медицинских услуг.

9. Этапы экспертизы качества медицинских услуг:

1) анализ медицинских карт;

2) изучение документации субъекта здравоохранения и органов местного управления здравоохранением, регламентирующих их деятельность;

3) определение уровня качества медицинских услуг путем математического моделирования результатов экспертизы с использованием индикаторов;

4) анализ и обобщение результатов экспертизы качества медицинских услуг, формирование выводов;

5) формирование заключения проведенной экспертизы качества медицинских услуг ;

6) информирование субъекта здравоохранения о результатах экспертизы качества медицинских услуг ;

7) определение степени удовлетворенности граждан уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи и медицинских услуг.

4. Порядок проведения экспертизы качества медицинских услуг

10. При проведении экспертизы качества медицинских услуг используются данные статистических отчетов за проверяемый период работы (месяц, квартал, полугодие, год) .

Оценка выполнения проверяемых показателей осуществляется в сравнении с аналогичным периодом прошлого года по данной медицинской организации, а также со среднереспубликанскими и среднеобластными показателями.

11. Определение уровня качества оказания медицинских услуг осуществляется с использованием индикаторов оценки деятельности медицинской организации и качества медицинской помощи в конкретном случае.

12. Индикаторы структуры характеризуют соответствие ресурсного обеспечения медицинской организации нормативам и требованиям, утвержденным уполномоченным органом.

13. Определение индикаторов процесса предусматривает сопоставление технологии оказанных медицинских услуг конкретному пациенту со стандартами, утвержденными уполномоченным органом.

14. Индикаторы результата предусматривают анализ показателей эффективности деятельности медицинской организации.

5. Оценка качества медицинских услуг

15. Оценка качества медицинских услуг в стационаре определяется по результатам экспертизы не менее 10 медицинских карт стационарного больного по каждому отделению стационара согласно Приложению 1 к настоящим Правилам .

Кроме того, экспертизе качества медицинских услуг подлежат 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.

16. На уровне оказания первичной медико-санитарной помощи экспертизе подлежат не менее 20 медицинских карт амбулаторного больного по каждому врачебному участку и по каждому профилю специалистов согласно Приложению 2 к настоящим Правилам.

Кроме того, экспертизе качества медицинских услуг подлежат все случаи:

- 1) смерти на дому лиц трудоспособного возраста с мониторируемыми заболеваниями, детей и подростков;
- 2) первичного выхода на инвалидность по заболеваниям, подлежащим мониторингу;
- 3) наблюдений за гражданами после выписки из стационара по заболеваниям, подлежащим мониторингу;
- 4) запущенных форм онкологических заболеваний и туберкулеза;
- 5) осложнений течения беременности средней тяжести и тяжелой степени;
- 6) младенческой смертности;
- 7) детской смертности;
- 8) материнской смертности.

17. При оценке качества медицинских услуг, предоставляемых скорой медицинской помощью, экспертизе подлежат медицинские карты не менее 10-ти выездов каждой общепрофильных и специализированных бригад согласно Приложению 3 к настоящим Правилам.

Кроме того, экспертизе качества медицинских услуг подлежат 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 приемного покоя в случае госпитализации больных.

18. При определении уровня качества контроля безопасности, качества крови, ее компонентов и препаратов в службе крови экспертизе подлежат медицинские карты не менее 50 доноров, сдавших кровь на платной и бесплатной основе, согласно Приложению 4 к настоящим Правилам.

Кроме того, экспертизе качества медицинских услуг подлежат 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.

19. При оценке деятельности субъектов здравоохранения (индикаторы структуры) по каждому индикатору (в случае его выявления) определяется одно из значений степени дефекта. Значения складываются, полученная сумма делится на количество индикаторов (среднее значение суммы дефектов индикаторов структуры), при этом степень дефекта не используемых индикаторов приравнивается к нулю.

$$A_1 = \frac{CД_1 + CД_2 + CД_3 \dots + CД_n}{n}$$

где,

A_1 - среднее значение суммы дефектов индикаторов структуры;

$CД$ - степень дефекта;

n - количество индикаторов.

При оценке качества медицинских услуг в конкретном случае (индикаторы процесса) складываются результаты всех выявленных значений степени дефекта, полученная сумма делится на количество индикаторов (среднее значение суммы дефектов индикаторов процесса конкретного случая), при этом степень дефекта неиспользуемых индикаторов приравнивается к нулю.

$$A_k = \frac{CД_1 + CД_2 + CД_3 \dots + CД_n}{n}$$

где,

A_k - среднее значение суммы дефектов индикаторов процесса конкретного случая ;

$CД$ - степень дефекта;

n - количество индикаторов.

Затем вычисляется среднее значение оценки по всем конкретным случаям: средние значения по каждой единице проверенной медицинской карте складываются и полученная сумма делится на число проверенных медицинских карт (среднее значение суммы дефектов индикаторов процесса по всем случаям).

$$A_2 = \frac{A_{k1} + A_{k2} + A_{k3} \dots + A_{kn}}{n}$$

где,

A_2 - среднее значение суммы дефектов индикаторов процесса;

n - число проверенных медицинских карт.

При оценке результатов деятельности субъектов здравоохранения по каждому индикатору (в случае его выявления) определяется одно из значений степени дефекта. Значения складываются, полученная сумма делится на количество индикаторов (среднее значение суммы дефектов индикаторов результата), при этом степень дефекта неиспользуемых индикаторов приравнивается к нулю. Каждый выявленный случай (обращение граждан,

запущенный случай туберкулеза, злокачественного заболевания и т.д.) будет являться самостоятельным индикатором.

$$A_3 = \frac{CД_1 + CД_2 + CД_3 \dots + CД_n}{n}$$

где,

A_3 - среднее значение суммы дефектов индикаторов результата;

$CД$ - степень дефекта;

n - количество индикаторов.

Для определения коэффициента уровня качества медицинских услуг складываются три полученных результата (среднее значение суммы дефектов индикаторов структуры, результата, процесса по всем случаям) и сумма делится на 3.

$$K = \frac{A_1 + A_2 + A_3}{3}$$

где,

K - коэффициент уровня качества медицинских услуг.

Итоговая оценка качества медицинских услуг определяется путем вычитания коэффициента уровня качества медицинских услуг из единицы.

При оценке качества медицинских услуг в стационаре, в случаях, когда количество примененных индикаторов превышает более 20% от общего количества индикаторов, производится поправка путем вычитания из итоговой оценки поправочного коэффициента 0,1, более 50% - путем вычитания из итоговой оценки поправочного коэффициента 0,2.

На уровне оказания первичной медико-санитарной помощи в случаях, когда количество примененных индикаторов превышает более 20% от общего количества индикаторов, производится поправка путем вычитания из итоговой оценки поправочного коэффициента 0,2, более 50% - путем вычитания из итоговой оценки поправочного коэффициента 0,4.

При оценке качества медицинских услуг, предоставляемых скорой медицинской помощью в случаях, когда количество примененных индикаторов превышает более 20% от общего количества индикаторов, производится поправка путем вычитания из итоговой оценки поправочного коэффициента 0,2, более 50% - путем вычитания из итоговой оценки поправочного коэффициента 0,4.

При определении уровня качества контроля безопасности, качества крови, ее компонентов и препаратов в службе крови в случаях, когда количество примененных индикаторов превышает более 20% от общего количества индикаторов, производится поправка путем вычитания из итоговой оценки поправочного коэффициента 0,1.

20. Качество медицинских услуг оценивается по 5 уровням:
- 1) от 1 до 0,90 - высокий уровень;
 - 2) от 0,89 до 0,80 - достаточно высокий уровень;
 - 3) от 0,79 до 0,70 - средний уровень;
 - 4) от 0,69 до 0,60 - ниже среднего уровня;
 - 5) от 0,59 до 0,50 - низкий уровень.

21. На основании оценки качества медицинских услуг формируется рейтинг медицинских организаций в зависимости от вида, формы и уровня оказания медицинской помощи.

22. Службы аудита медицинских организаций могут использовать вышеприведенное определение уровня качества медицинских услуг для собственной оценки результатов деятельности.

6. Заключительные положения

23. По результатам экспертизы, проведенной государственным органом, оформляется заключение экспертизы качества медицинских услуг по форме согласно Приложению 5 к настоящим Правилам.

По результатам экспертизы, проведенной независимыми экспертами, оформляется экспертное заключение по форме, утвержденной приказом и.о. Министра Здравоохранения Республики Казахстан от 22 декабря 2006 года N 638 "Об утверждении Правил проведения независимой экспертизы" зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за N 4523. V095870

24. В ходе проведения экспертизы качества медицинских услуг, в случаях выявления нарушений соблюдения субъектом здравоохранения действующих нормативных актов, государственным органом принимаются меры в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

П р и л о ж е н и е 1
к Правилам организации и проведения экспертизы качества медицинских услуг

Оценка качества медицинских услуг на уровне стационара

| Коды | Индикаторы структуры | Степень дефекта |
|------|---|-----------------|
| 1. | Наличие медицинского оборудования согласно утвержденным стандартам | |
| 1.1 | менее 80 % | 0,01 |
| 1.2 | менее 50% | 0,03 |
| 2. | Несоблюдение условий транспортировки и хранения крови и ее компонентов | 0,5 |

| | | |
|------|---|------|
| 3. | Доля врачей, имеющих квалификационную категорию при стаже выше 5 лет | |
| 3.1 | менее 100% | 0,05 |
| 3.2 | менее 80% | 0,1 |
| 4. | Наличие прохождения курсов повышения квалификации у врачей за последние 5 лет | |
| 4.1 | менее 100% | 0,05 |
| 4.2 | менее 80% | 0,1 |
| 5. | Доля средних медработников, имеющих квалификационную категорию при стаже выше 5 лет | |
| 5.1 | менее 100% | 0,05 |
| 5.2 | менее 80% | 0,1 |
| 6. | Наличие прохождения курсов повышения квалификации у средних медработников за последние 5 лет | |
| 6.1 | менее 100% | 0,05 |
| 6.2 | менее 80% | 0,1 |
| 7. | Отсутствие информации о предоставлении гражданам, о формах и видах бесплатной медицинской помощи (отсутствует наглядная информация в местах потока больных) | 0,05 |
| | Индикаторы процесса | |
| 8. | Случаи внутрибольничной инфекции (за каждый случай) | |
| 8.1 | наличие случаев внутрибольничной инфекции | 0,05 |
| 8.2 | выявлены факты сокрытия случаев внутрибольничных инфекций | 0,25 |
| 9. | Обоснованность госпитализации больных (за каждый случай) | |
| 9.1 | госпитализация плановых больных без направления | 0,1 |
| 9.2 | госпитализация плановых больных без показаний к стационарному лечению | 0,15 |
| 9.3 | госпитализация плановых больных без обследования | 0,1 |
| 9.4 | непрофильная госпитализация | 0,1 |
| 9.5 | необоснованный отказ в госпитализации | 0,3 |
| 10. | Диагностические, тактические и технические ошибки медицинских работников, повлекшие за собой ухудшение состояния пациента (за каждый случай) | |
| 10.1 | задержка осмотра больного в приемном покое и начала лечебно-диагностических мероприятий в | 0,5 |

| | | |
|-------|---|-----|
| | отделении (планового больного свыше 30 минут, экстренного - свыше 10 минут) | |
| 10.2 | неадекватная оценка степени тяжести больного | 0,7 |
| 10.3 | нерегулярное наблюдение за больными | 0,5 |
| 10.4 | развитие предотвратимых осложнений | 0,7 |
| 10.5 | сокрытие осложнений | 0,7 |
| 10.6 | необоснованное назначение лечебных и диагностических мероприятий | 0,5 |
| 10.7 | необоснованное дооперационное пребывание больных более 3-х дней | 0,3 |
| 10.8 | необоснованно ранняя выписка | 0,5 |
| 10.9 | Необоснованно поздняя выписка | 0,3 |
| 10.10 | выявление случаев перевода плановых больных в категорию экстренной | 0,5 |
| 11. | Необоснованное отклонение лечебно-диагностических мероприятий от протоколов диагностики и лечения (за каждый случай) | |
| | диагностические мероприятия проведены в объеме: | |
| 11.1 | менее 80 % | 0,4 |
| 11.2 | менее 50 % | 0,5 |
| | лечебные мероприятия проведены в объеме: | |
| 11.3 | менее 80 % | 0,5 |
| 11.4 | менее 50 % | 0,7 |
| 11.5 | наличие полипрагмазии | 0,2 |
| 12. | Оказание реанимационной помощи не в полном объеме (за каждый случай) | |
| 12.1 | менее 90 % | 0,5 |
| 12.2 | менее 50 % | 0,7 |
| 12.3 | необоснованно ранний перевод из реанимационного отделения | 0,5 |
| 13. | Обоснованность, эффективность, наличие отрицательных последствий переливания крови и ее компонентов (за каждый случай) | |
| 13.1 | переливание крови и ее компонентов без показаний | 1,0 |
| 13.2 | переливание крови и ее компонентов с нарушением действующих нормативных правовых актов, регламентирующих данную процедуру | 0,5 |
| 14. | Наличие факта повторной госпитализации по тому же заболеванию по причине некачественно оказанной помощи при предыдущей | 0,8 |

| | | |
|------|---|------|
| | госпитализации в течение месяца (за каждый случай) | |
| 15. | Некачественное оформление и ведение медицинской документации (за каждый случай) | 0,01 |
| 16. | Превышение объема оказанной медицинской помощи путем приписки (за каждый случай) | 1,0 |
| 17. | Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (за каждый случай) | |
| 17.1 | медикаментов | 0,15 |
| 17.2 | денежных средств | 0,2 |
| 18. | Отсутствие патолого-анатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством (за каждый случай) | |
| 18.1 | отсутствие патолого-анатомического вскрытия, за исключением случаев предусмотренных законодательством | 0,2 |
| 18.2 | отсутствие гистологического исследования, в нарушение действующих нормативных правовых актов | 0,2 |
| | Индикаторы результата | |
| 19. | Обращения граждан на некачественно оказанную медицинскую помощь (за каждый случай) | |
| 19.1 | обоснованные обращения | 0,5 |
| 19.2 | частично обоснованные | 0,3 |
| 20. | Наличие случаев предотвратимой летальности (за каждый случай) | 1,0 |
| 21. | Наличие случаев сокрытия летальности (за каждый случай) | 0,3 |
| 22. | Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов (за каждый случай) | 0,35 |
| 23. | Необоснованный отказ в госпитализации (за каждый случай) | 0,5 |

Приложение 2
к Правилам организации и
проведения экспертизы качества
медицинских услуг

Оценка качества медицинских услуг
на уровне первичной медико-санитарной помощи

| Коды | Индикаторы структуры | Степень дефекта |
|------|----------------------|-----------------|
| | | |

| | | |
|-----|---|------|
| 1. | Наличие медицинского оборудования согласно утвержденным стандартам | |
| 1.1 | менее 80 % | 0,01 |
| 1.2 | менее 50% | 0,03 |
| 2. | Доля врачей, имеющих квалификационную категорию при стаже выше 5 лет | |
| 2.1 | менее 100% | 0,05 |
| 2.2 | менее 80% | 0,1 |
| 3. | Наличие прохождения курсов повышения квалификации у врачей за последние 5 лет | |
| 3.1 | менее 100% | 0,05 |
| 3.2 | менее 80% | 0,1 |
| 4. | Доля средних медработников, имеющих квалификационную категорию при стаже выше 5 лет | |
| 4.1 | менее 100% | 0,05 |
| 4.2 | менее 80% | 0,1 |
| 5. | Наличие прохождения курсов повышения квалификации у средних медработников за последние 5 лет | |
| 5.1 | менее 100% | 0,05 |
| 5.2 | менее 80% | 0,1 |
| 6. | Отсутствие информации о предоставлении гражданам, о формах и видах бесплатной медицинской помощи (отсутствует наглядная информация в местах потока больных) | 0,05 |
| | Индикаторы процесса | |
| 7. | Обоснованность и своевременность направления больных на госпитализацию и лечебно-диагностические мероприятия (за каждый случай) | |
| 7.1 | направление планового больного на госпитализацию без обследования | 0,1 |
| | несвоевременное и/или необоснованное направление больного: | |
| 7.2 | к другим специалистам | 0,1 |
| 7.3 | в консультативно-диагностические центры | 0,1 |
| 7.4 | на госпитализацию | 0,15 |
| 8. | Выполнение лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с периодическими протоколами диагностики и лечения заболеваний (за каждый случай) | |
| | диагностические мероприятия проведены в объеме: | |
| 8.1 | менее 80 % | 0,4 |

| | | |
|-------|--|------|
| 8.2 | менее 50 % | 0,5 |
| | лечебные мероприятия проведены в объеме: | |
| 8.3 | менее 80 % | 0,5 |
| 8.4 | менее 50 % | 0,7 |
| 8.5 | наличие полипрагмазии | 0,2 |
| 9. | Отсутствие преимущества в наблюдении и лечении больных между амбулаторно-поликлинической организацией, консультативно-диагностическим центром и стационаром (за каждый случай) | 0,15 |
| 10. | Привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (за каждый случай) | |
| 10.1 | медикаментов | 0,15 |
| 10.2 | денежных средств | 0,2 |
| 11. | Уровень обеспечения бесплатным стандартом медикаментов по перечню видов заболеваний и отдельных категорий населения (за каждый случай): | |
| 11.1 | не в полном объеме | 0,15 |
| 11.2 | не обеспечивается | 0,25 |
| 11.3 | необоснованное назначение | 0,2 |
| 12. | Наблюдение за детьми подросткового возраста (за каждый случай): | |
| | переведен в подростковый кабинет | |
| 12.1 | переведен несвоевременно | 0,1 |
| 12.2 | переведен без обследования | 0,1 |
| 12.3 | переведен без оздоровления | 0,2 |
| | диспансерное наблюдение детей подросткового возраста: | |
| 12.4 | проведено в неполном объеме или несвоевременно | 0,15 |
| 12.5 | не проведено | 0,2 |
| | диагностические мероприятия проведены в объеме: | |
| 12.6 | менее 100 % | 0,3 |
| 12.7 | менее 80 % | 0,4 |
| | лечебные мероприятия проведены в объеме : | |
| 12.8 | менее 90 % | 0,4 |
| 12.9 | менее 70 % | 0,5 |
| 12.10 | наличие полипрагмазии | 0,2 |
| 13. | Наблюдение за детьми первого года жизни (за каждый случай) | |

| | | |
|------|---|------|
| | наблюдение и оздоровление в соответствии с группой здоровья, переход ребенка из: | |
| 13.1 | 1 группы во 2 | 0,2 |
| 13.2 | 2 группы в 3 | 0,3 |
| | иммунопрофилактика: | |
| 13.3 | проведена не в полном объеме | 0,3 |
| 13.4 | не проведена | 0,4 |
| | ведение здорового и больного ребенка по программе ИВБДВ | |
| 13.5 | не проводилась | 0,2 |
| 13.6 | не регулярно | 0,25 |
| 14. | Наблюдение за беременными (за каждый случай) | |
| | на учет взята со сроком беременности: | |
| 14.1 | свыше 12 недель (за каждый случай) | 0,15 |
| 14.2 | не регулярное наблюдение менее 4 раз (за каждый случай) | 0,2 |
| | скрининг-диагностика и лечение внутриутробной патологии плода: | |
| 14.3 | не проведена | 0,4 |
| 14.4 | проведена в неполном объеме или несвоевременно | 0,35 |
| | профилактические мероприятия железодефицитной анемии и йододефицитных состояний с учетом прогноза течения беременности и родов: | |
| 14.5 | не проведены | 0,3 |
| 14.6 | проведены в неполном объеме или несвоевременно | 0,25 |
| | лечебно-диагностические мероприятия с учетом факторов риска: | |
| 14.7 | не проведены | 0,4 |
| 14.8 | проведены в неполном объеме или несвоевременно | 0,3 |
| 15. | Допущенная предотвратимая смертность на дому (за каждый случай): | |
| 15.1 | смертность детей до 1 года жизни: | 0,4 |
| 15.2 | детская смертность от 1 до 5 лет | 0,35 |
| 15.3 | материнская смертность | 0,4 |
| 15.4 | смертность лиц трудоспособного возраста с мониторируемыми заболеваниями: | 0,35 |
| 16. | Отсутствие проведения разбора случаев смерти | 0,1 |
| 17. | Некачественное оформление и ведение медицинской документации (за каждый случай) | 0,01 |
| 18. | | 1,0 |

| | | |
|------|--|------|
| | Превышение объема оказанной медицинской помощи путем приписки (за каждый случай) | |
| 19. | Расхождение основного диагноза между организациями ПМСП и стационаром по основному диагнозу (за каждый случай) | 0,5 |
| | Индикаторы результата | |
| 20. | Охват профилактическими осмотрами населения | |
| 20.1 | менее 90 % | 0,01 |
| 20.2 | менее 70% | 0,03 |
| 21. | Охват контрацепцией женщин фертильного возраста, имеющих противопоказания к беременности: | |
| | по абсолютным показаниям | |
| 21.1 | менее 100% | 0,3 |
| 21.2 | менее 80 % | 0,5 |
| | по относительным показаниям | |
| 21.3 | менее 80 % | 0,1 |
| 21.4 | менее 60 % | 0,15 |
| | охват контрацепцией подростков групп риска | |
| 21.5 | менее 80% | 0,05 |
| 21.6 | менее 60 % | 0,1 |
| 22. | Наблюдение за детьми первых трех лет жизни | |
| 22.1 | охват патронажным наблюдением менее 95% детей | 0,3 |
| | исключительно грудное вскармливание | |
| 22.2 | от 0 до 6 месяцев жизни - менее 80% | 0,1 |
| | преимущественно грудное вскармливание | |
| 22.3 | от 0 до 6 месяцев жизни - менее 90% | 0,1 |
| | своевременно введенный прикорм | |
| 22.4 | в период 6 - 9 месяцев жизни - менее 70% | 0,1 |
| | продолжающееся грудное вскармливание после года жизни | |
| 22.5 | в период 12 - 24 месяцев жизни менее 50% | 0,1 |
| | частота низкорослости (рост к возрасту) | |
| 22.6 | в период 0 - 36 месяцев жизни более 5% | 0,1 |
| 23. | Охват диспансерным наблюдением от числа выявленных случаев заболеваний | |
| | декретируемого населения | |
| 23.1 | менее 80% | 0,1 |
| 23.2 | менее 60% | 0,15 |

| | | |
|------|--|------|
| | по социально значимым заболеваниям | |
| 23.3 | менее 90% | 0,1 |
| 23.4 | менее 80% | 0,15 |
| 24. | Эффективность диспансеризации | |
| 24.1 | рост доли лиц, состоящих на диспансерном учете, и получивших группу инвалидности по сравнению с аналогичным периодом прошлого года на каждые 2% | 0,01 |
| 24.2 | рост доли лиц, умерших в трудоспособном возрасте, из числа состоящих на диспансерном учете по сравнению с аналогичным периодом прошлого года на каждые 2% | 0,01 |
| 25. | Показатель первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста с мониторируемыми заболеваниями по сравнению с аналогичным периодом прошлого года увеличился на: | |
| 25.1 | 5 - 10 % | 0,01 |
| 25.2 | 11 - 20 % | 0,03 |
| 25.3 | 21 % и более | 0,05 |
| 26. | Количество аборт на 1000 женщин фертильного возраста (увеличение в динамике на каждые 2%) | 0,05 |
| 27. | Увеличение количества вызовов скорой медицинской помощи на 1000 всех вызовов с аналогичным периодом прошлого года в часы работы ПМСП на: | |
| 27.1 | 1 - 5 % | 0,05 |
| 27.2 | 6 - 10 % | 0,08 |
| 27.3 | 11 > % | 0,1 |
| 28. | Обращения граждан на некачественно оказанную медицинскую помощь (за каждый случай) | |
| 28.1 | обоснованные обращения | 0,5 |
| 28.2 | частично обоснованные | 0,3 |
| 29. | Запущенный случай туберкулеза из числа впервые выявленных (за каждый случай) | 0,3 |
| 30. | Запущенный случай злокачественных новообразований из числа впервые выявленных (за каждый случай) | 0,3 |

П р и л о ж е н и е 3
к Правилам организации и
проведения экспертизы качества
медицинских услуг

Оценка качества оказанной скорой медицинской помощи

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

| Коды | Индикаторы структуры | Степень дефекта |
|------|---|-----------------|
| 1. | Наличие медицинского оборудования согласно утвержденным стандартам | |
| 1.1 | менее 80 % | 0,01 |
| 1.2 | менее 50% | 0,03 |
| 2. | Доля врачей, имеющих квалификационную категорию при стаже выше 5 лет | |
| 2.1 | менее 100% | 0,05 |
| 2.2 | менее 80% | 0,1 |
| 3. | Наличие прохождения курсов повышения квалификации у врачей за последние 5 лет | |
| 3.1 | менее 100% | 0,05 |
| 3.2 | менее 80% | 0,1 |
| 4. | Доля средних медработников, имеющих квалификационную категорию при стаже выше 5 лет | |
| 4.1 | менее 100% | 0,05 |
| 4.2 | менее 80% | 0,1 |
| 5. | Наличие прохождения курсов повышения квалификации у средних медработников за последние 5 лет | |
| 5.1 | менее 100% | 0,05 |
| 5.2 | менее 80% | 0,1 |
| 6. | Наличие санитарного автомобиля менее 1 на 10 000 населения в сутки | 0,1 |
| 7. | Наличие круглосуточной выездной бригады скорой медицинской помощи менее 1 в смену (из расчета 1 пост на 10 000 населения) | 0,1 |
| 8. | Отсутствие информации о предоставлении гражданам, о формах и видах бесплатной медицинской помощи (информационные листки, опрос пациентов) | 0,05 |
| | Индикаторы процесса | |
| 9. | Обоснованность направления больных на госпитализацию и лечебно-диагностические мероприятия (за каждый случай) | |
| 9.1 | доставка больного на госпитализацию без показаний | 0,1 |
| 9.2 | отсутствие доставки больного в стационар при наличии показаний к госпитализации | 0,1 |
| 10. | Передача активов в организации ПМСП (отсутствие передачи активов за каждый случай) | 0,03 |
| 11. | Диагностические, тактические и технические ошибки медицинских работников (за каждый случай) | 0,3 |

| | | |
|------|--|------|
| 12. | Некачественное оформление и ведение медицинской документации (за каждый случай) | 0,01 |
| | Индикаторы результата | |
| 13. | Случаи повторных вызовов по тому же заболеванию в течение суток с момента первого вызова (выше 10% за каждый случай) | 0,05 |
| 14. | Превышение времени доезда до больного выше средне сформированного (выше 5 %) | 0,05 |
| 15. | Прирост смертности при вызовах в присутствии бригады по сравнению с аналогичным периодом предыдущего года | |
| 15.1 | 1 - 5 % | 0,01 |
| 15.2 | 6 - 10 % | 0,03 |
| 15.3 | 11 > % | 0,05 |
| 16. | Снижение удельного веса госпитализированных от числа доставленных по сравнению с предыдущим годом на: | |
| 16.1 | 1 - 5 % | 0,01 |
| 16.2 | 6 - 10 % | 0,03 |
| 16.3 | 11% и > | 0,05 |
| 17. | Расхождение диагнозов больных, госпитализированных бригадой скорой помощи и стационара (по сопроводительным листам свыше 5%) | 0,1 |
| 18. | Обращения граждан на некачественно оказанную медицинскую помощь (за каждый случай) | |
| 18.1 | обоснованные обращения | 0,5 |
| 18.2 | частично обоснованные | 0,3 |

Приложение 4
к Правилам организации и
проведения экспертизы качества
медицинских услуг

Оценка качества медицинских услуг,
предоставляемых службой крови

| Коды | Индикаторы структуры | Степень дефекта |
|------|--|-----------------|
| 1. | Наличие медицинского оборудования согласно утвержденным стандартам | |
| 1.1 | 81-90 % | 0,01 |
| 1.2 | 71-80 % | 0,03 |
| 1.3 | 61-70 % | 0,05 |
| 1.4 | 60 % и менее | 0,1 |
| 2. | | |

| | | |
|------|--|------|
| | Отсутствие метрологического контроля измерительного оборудования | |
| 2.1 | менее 100% | 0,05 |
| 2.2 | менее 80% | 0,1 |
| 2.3 | не проводятся | 0,5 |
| 3. | Отсутствие оборудования электропитания подключения к резервным холодильным источникам | 1,0 |
| 4. | Отсутствие специальных замков на холодильном оборудовании | 0,5 |
| 5. | Доля врачей, имеющих квалификационную категорию при стаже выше 5 лет | |
| 5.1 | менее 100% | 0,05 |
| 5.2 | менее 80% | 0,1 |
| 6. | Наличие прохождения курсов повышения квалификации у врачей за последние 5 лет | |
| 6.1 | менее 100% | 0,05 |
| 6.2 | менее 80% | 0,1 |
| 7. | Доля средних медработников, имеющих квалификационную категорию при стаже выше 5 лет | |
| 7.1 | менее 100% | 0,05 |
| 7.2 | менее 80% | 0,1 |
| 8. | Наличие прохождения курсов повышения квалификации у средних медработников за последние 5 лет | |
| 8.1 | менее 100% | 0,05 |
| 8.2 | менее 80% | 0,1 |
| 9. | Проведение процедуры карантинизации СЗП | |
| 9.1 | не проводится | 0,5 |
| 9.2 | проводится в неполном объеме | 0,3 |
| 10. | Отсутствие стандартных операционных процедур (СОП) на выполнение производственных мероприятий | 0,5 |
| 11. | Предоставление гражданам бесплатной, оперативной и достоверной информации о формах и видах медицинской помощи (отсутствует наглядная информация в местах потока больных) | 0,05 |
| | Индикаторы процесса | |
| 12. | Соответствие медицинского обследования донора стандартам (за каждый случай) | |
| 12.1 | лабораторные исследования проведены менее 100 % | 1,0 |

| | | |
|------|--|------|
| | медицинское освидетельствование донора проведено: | |
| 12.2 | менее 100 % | 1,0 |
| 12.3 | анкетирование донора не проведено | 0,2 |
| 13. | Мероприятия по проведению входного контроля материалов и реагентов, используемых для производства препаратов крови и лабораторных исследований | |
| 13.1 | отсутствие процедуры входного контроля | 0,5 |
| 13.2 | процедура входного контроля проведена не в полном объеме | 0,2 |
| 14. | Мероприятия по выявлению критических этапов в производстве компонентов и препаратов крови | |
| 14.1 | не проводятся | 0,5 |
| 14.2 | проводятся не в полном объеме | 0,2 |
| 14.3 | лабораторное исследование донорской крови проведено не в полном объеме | 1,0 |
| 14.4 | этикетирование и маркировка продукции проведены с нарушениями | 0,2 |
| 15. | Не проведен забор крови с использованием одноразовых пластиковых контейнеров (за каждый случай) | 0,1 |
| 16. | Необеспечение инфекционной и иммунологической безопасности продукции крови (за каждый случай) | |
| 16.1 | исследование донорской крови, ее компонентов и препаратов на вирусы гепатита, ВИЧ, др. инфекции не проведено | 0,5 |
| 16.2 | скрининг донорской крови на наличие HLA и антиэритроцитарных антител не проводится | 0,5 |
| 16.3 | лейкофильтрация компонентов крови не проводится | 0,5 |
| 17. | Неоказание неотложной медицинской помощи донору | 0,7 |
| 18. | Некачественное оформление и ведение медицинской документации (за каждый случай) | 0,01 |
| | Индикаторы результата | |
| 19. | Необеспечение поставки крови и ее компонентов (за каждый случай) | 0,5 |
| 20. | Выдача в медицинские организации бракованной продукции (за каждый случай) | 1,0 |
| 21. | Выдача в медицинские организации некарантинизированной СЗП | 1,0 |
| 22. | Некачественное ведение единой информационной базы доноров | 0,5 |
| 23. | | |

| | | |
|------|--|-----|
| | Обращения граждан на некачественно оказанную медицинскую помощь (за каждый случай) | |
| 23.1 | обоснованные обращения | 0,5 |
| 23.2 | частично обоснованные | 0,3 |

П р и л о ж е н и е 5
к Правилам организации и проведения экспертизы качества медицинских услуг

З а к л ю ч е н и е
экспертизы качества медицинских услуг
к акту проверки деятельности субъекта здравоохранения
от _____ 20 ____ г.

1. _____
(государственный орган, осуществляющий экспертизу

_____ качества медицинских услуг)
2. Наименование, юридический адрес субъекта здравоохранения

3. Проверенная первичная медицинская документация:

1) _____

2) _____

и _____ т . д .

4. Количество экспертиз:

| N | В и д ы оказания медицинской помощи | Вид медицинской документации | Количество экспертиз | |
|---|-------------------------------------|--|----------------------|---------------------------------------|
| | | | Всего | в т.ч. подлежащих 100%-ной экспертизе |
| 1 | Стационарная помощь | Медицинская карта стационарного больного | | |
| 2 | Первичная медико-санитарная помощь | Медицинская карта амбулаторного больного | | |
| 3 | Скорая медицинская помощь | Медицинская карта выезда | | |
| 4 | Служба крови | Медицинская карта доноров | | |

5. Результаты оценки качества медицинских услуг, в том числе:

1) обеспеченности человеческими, финансовыми и техническими ресурсами (индикаторы структуры медицинских услуг) -

2) оценки выполнения технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (индикаторы процесса медицинских услуг) -

3) оценки последствий для здоровья в результате оказания или неоказания медицинской помощи (индикаторы результата медицинских услуг) -

6. Итоговая оценка качества медицинских услуг (оценивается по 5 уровням) _____

7. Заключение эксперта (перечислить наиболее часто встречающиеся выявленные дефекты качества медицинской помощи и рекомендации)

Должностные лица _____

подпись Ф.И.О.

Руководитель субъекта здравоохранения _____

подпись Ф.И.О.

Дата " ____ " _____ 20 ____ года