



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

### *Утративший силу*

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. Утратил силу приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-230/2020.

**Сноска. Утратил силу приказом Министра здравоохранения РК от 03.12.2020 № ҚР ДСМ-230/2020 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

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

### **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**

**Сноска. Правила в редакции приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 28.06.2016 № 568 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

### **Глава 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 формы собственности и ведомственной принадлежности.

2. В настоящих Правилах используются следующие основные понятия:

1) внутрибольничные комиссии – комиссии, создаваемые в организациях здравоохранения (комиссии инфекционного контроля, комиссии по разбору запущенных и летальных случаев);

2) текущий анализ – анализ на основе изучения медицинской документации пациентов, получающих медицинские услуги на момент проведения экспертизы;

3) стандарт в области здравоохранения (далее – Стандарт) – нормативный правовой акт, устанавливающий правила, общие принципы и характеристики в сфере медицинской, фармацевтической деятельности, медицинского и фармацевтического образования;

4) уполномоченный орган в области здравоохранения (далее – уполномоченный орган) – государственный орган, осуществляющий руководство в области охраны здоровья граждан, медицинской и фармацевтической науки, медицинского и фармацевтического образования, обращения лекарственных

средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, контроля за качеством медицинских услуг;

5) пролеченный случай – комплекс медицинских услуг, оказанных пациенту в стационарных и (или) стационарозамещающих условиях с момента поступления до выписки;

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

7) клинический протокол – документ, устанавливающий общие требования к оказанию медицинской помощи пациенту при определенном заболевании или клинической ситуации;

8) Комитет охраны общественного здоровья Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее – КООЗ) – ведомство уполномоченного органа в области здравоохранения, осуществляющее в пределах своей компетенции руководство и регулирование в сферах охраны общественного здоровья, санитарно-эпидемиологического благополучия населения и контроля за качеством медицинских услуг, контроль и надзор за соблюдением требований, установленных техническими регламентами и нормативными документами по продукции и услугам, реализуемым населению, в области безопасности пищевой продукции, а также стандартов в области здравоохранения, осуществляющим межотраслевую координацию, регулятивные, реализационные и контрольно-надзорные функции, участвующим в выполнении стратегических функций уполномоченного органа в области здравоохранения;

9) дефект оказания медицинских услуг (далее – дефект) – нарушение порядка оказания медицинской помощи, лечебно-диагностических мероприятий, выражающееся в невыполнении стандартов в области здравоохранения и несоблюдении клинических протоколов;

10) медицинские услуги – действия субъектов здравоохранения, имеющие профилактическую, диагностическую, лечебную или реабилитационную направленность по отношению к конкретному человеку;

11) 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;

12) управление качеством медицинской помощи – систематический, независимый и документированный процесс непрерывных, взаимосвязанных действий, включающих планирование, организацию, мотивацию, внутренний аудит деятельности организации здравоохранения, а также другие мероприятия, обеспечивающие улучшение качества медицинской помощи и безопасность для пациентов и направленные на предупреждение и устранение недостатков деятельности;

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

14) мониторинг – процесс систематического сбора информации о деятельности структурных подразделений организации здравоохранения в ходе реализации достижения результатов для оказания поддержки в управлении для непрерывного процесса принятия своевременных и адекватных решений;

15) служба поддержки пациента и внутреннего контроля (аудита) (далее – Служба) – структурное подразделение организации здравоохранения, осуществляющее деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг;

16) ретроспективный анализ – анализ на основе изучения медицинской документации пациентов, получивших медицинскую помощь на момент проведения экспертизы;

17) 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;

18) независимый эксперт – физическое лицо, имеющее высшее медицинское образование и соответствующее требованиям к физическим лицам, претендующим на проведение независимой экспертизы, определенным уполномоченным органом;

19) независимая экспертиза – процедура, проводимая независимыми экспертами в рамках внешней экспертизы в целях вынесения заключения об уровне качества оказываемых медицинских услуг, предоставляемых субъектами

здравоохранения, с использованием индикаторов, отражающих показатель эффективности, полноты и соответствия оказываемых медицинских услуг Стандартам;

20) внутренние индикаторы – показатели, применяемые при внутренней экспертизе в целях проведения анализа и оценки качества медицинской деятельности, которые характеризуют эффективность, полноту медицинской деятельности каждого структурного подразделения организации здравоохранения.

**Сноска. Пункт 2 с изменениями, внесенными приказом Министра здравоохранения РК от 11.02.2019 № ҚР ДСМ-3 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

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

4. Основными этапами экспертизы качества медицинских услуг являются:

1) анализ учетной и отчетной документации организации здравоохранения для сравнения показателей деятельности за определенный период работы с показателями за предыдущий аналогичный период работы, а также с республиканскими и областными показателями состояния здоровья населения;

2) проведение клинического аудита путем подробного ретроспективного и (или) текущего анализа проведенных лечебно-диагностических мероприятий на предмет их соответствия Стандартам;

3) обобщение результатов экспертизы.

5. При анализе учетной и отчетной документации сравниваются показатели деятельности организации за определенный период работы с показателями за предыдущий аналогичный период, а также с республиканскими и областными показателями состояния здоровья населения.

6. При проведении клинического аудита оцениваются:

1) качество сбора анамнеза, которое оценивается по следующим критериям:

а) отсутствие сбора анамнеза;

б) полнота сбора анамнеза;

в) наличие данных о перенесенных, хронических и наследственных заболеваниях, проведенных гемотрансфузиях, переносимости лекарственных препаратов, аллергологический статус;

г) наличие данных о деталях, имеющих значение в трактовке конкретного случая;

д) развитие осложнений вследствие допущенных тактических ошибок при проведении лечебно-диагностических мероприятий из-за некачественного сбора анамнеза;

2) полнота и обоснованность проведения диагностических исследований, которые оцениваются по следующим критериям:

а) отсутствие диагностических мероприятий;

б) неправильное заключение или отсутствие заключения по результатам проведенных диагностических исследований, приведшие к неправильной постановке диагноза и ошибкам в тактике лечения;

в) проведение диагностических исследований, предусмотренных клиническими протоколами;

г) проведение диагностических исследований с высоким, неоправданным риском для состояния здоровья пациента, обоснованность проведения диагностических исследований, не вошедших в протоколы;

д) проведение диагностических исследований, неинформативных для постановки правильного диагноза и приведших к необоснованному увеличению сроков лечения и удорожанию стоимости лечения;

3) правильность, своевременность и обоснованность выставленного клинического диагноза с учетом результатов проведенных исследований (при плановой госпитализации учитываются исследования, проведенные и на догоспитальном этапе), которые оцениваются по следующим критериям:

а) диагноз отсутствует, неполный или неправильный, не соответствует международной статистической классификации болезней;

б) не выделен ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть течения заболевания, не распознаны сопутствующие заболевания и осложнения;

в) диагноз правильный, но неполный, не выделен ведущий патологический синдром при выделенных осложнениях, не распознаны сопутствующие заболевания, влияющие на исход;

г) диагноз основного заболевания правильный, но не диагностированы сопутствующие заболевания, влияющие на результат лечения.

Объективные причины неправильной и (или) несвоевременной диагностики ( атипичное течение основного заболевания, бессимптомное течение 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;

4) своевременность и качество консультаций профильных специалистов, которые оцениваются по следующим критериям:

а) отсутствие консультации, приведшее к ошибочной трактовке симптомов и синдромов, отрицательно повлиявших на исход заболевания;

б) консультация своевременная, непринятие во внимание мнения консультанта при постановке диагноза частично повлияло на исход заболевания;

в) консультация своевременная, мнение консультанта учтено при постановке диагноза, невыполнение рекомендации консультанта по лечению частично повлияло на исход заболевания;

г) мнение консультанта ошибочное и 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;

5) объем, качество и обоснованность проведения лечебных мероприятий, которые оцениваются по следующим критериям:

а) отсутствие лечения при наличии показаний;

б) назначение лечения при отсутствии показаний;

в) назначение малоэффективных лечебных мероприятий без учета особенностей течения заболевания, сопутствующих заболеваний и осложнений;

г) выполнение лечебных мероприятий не в полном объеме, без учета функционального состояния органов и систем, назначения лекарственных средств без доказанной клинической эффективности;

д) преждевременное прекращение лечения при недооценке клинического эффекта и (или) утяжелении течения заболевания, кроме документально оформленных случаев отказа пациента от лечения соответствии с пунктом 3 статьи 93 Кодекса;

е) несоблюдение требований Стандартов, отклонение от клинических протоколов, наличие полипрагмазии без учета тяжелого побочного действия лекарств и развития нового патологического синдрома;

ж) несоблюдение требований Стандартов, отклонение от требований клинических протоколов, наличие полипрагмазии, приведшее к развитию нового патологического синдрома и ухудшению состояния пациента;

б) отсутствие или развитие осложнений после медицинских вмешательств, по которой оценке качества медицинских услуг подлежат все возникшие осложнения, в том числе обусловленные оперативными вмешательствами (запоздалое оперативное вмешательство, неадекватный объем и метод, технические дефекты) и диагностическими процедурами;

7) достигнутый результат, который оценивается по следующим критериям:

а) достижение ожидаемого клинического эффекта при соблюдении технологии оказания медицинских услуг;

б) отсутствие клинического эффекта лечебных и профилактических мероприятий вследствие некачественного сбора анамнеза и проведения диагностических исследований;

в) отсутствие ожидаемого клинического эффекта вследствие проведения малоэффективных лечебных, профилактических мероприятий без учета особенностей течения заболевания, сопутствующих заболеваний, осложнений, назначение лекарственных средств без доказанной клинической эффективности;

г) наличие полипрагмазии, обусловившее развитие нежелательных последствий;

8) качество ведения медицинской документации, которое оценивается по наличию, полноте и качеству записей в первичной медицинской документации, предназначенной для записи данных о состоянии здоровья пациентов, отражающих характер, объем и качество оказанной медицинской помощи в соответствии с формами, утвержденными приказом исполняющего обязанности 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 за № 6697 (далее – Приказ № 907).

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

7. По завершению экспертизы результаты обобщаются и делаются выводы:

1) о соответствии (несоответствии) оказанной медицинской помощи требованиям Стандартов;

2) о предоставлении пациенту бесплатной медицинской помощи в объеме, гарантированном государством и в системе обязательного медицинского страхования.

**Сноска. Пункт 7 с изменениями, внесенными приказом Министра здравоохранения РК от 11.02.2019 № ҚР ДСМ-3 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

8. Экспертиза качества медицинских услуг осуществляется путем проведения :

1) текущего анализа, при необходимости с участием пациента;

2) ретроспективного анализа;

В качестве источника информации при проведении экспертизы используются медицинская документация и электронные информационные ресурсы в области здравоохранения.

## **Глава 2. Порядок организации и проведения внутренней экспертизы качества медицинских услуг**



9. Для организации и проведения внутренней экспертизы в медицинской организации создается служба поддержки пациента и внутреннего контроля (аудита).

10. Структура и состав Службы утверждаются руководителем организации здравоохранения с учетом объема оказываемых медицинских услуг, профиля, мощности (количества коек) для организаций, оказывающих стационарную помощь, количества прикрепленного (обслуживаемого) населения для организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь.

11. Служба определяет степень удовлетворенности пациентов уровнем и качеством медицинских услуг путем анкетирования пациентов и (или) их родственников и анализа обоснованных обращений на качество оказанных медицинских услуг.

12. Служба рассматривает обращения по вопросам медицинской помощи, оказанной организацией здравоохранения с созданием комиссии из числа опытных специалистов.

13. Оценка деятельности организации здравоохранения в целом и по каждому структурному подразделению организации осуществляется Службой на основании оценки внутренних индикаторов, в соответствии с приложением 1 к настоящим Правилам. Руководители структурных подразделений медицинской организации представляют Службе ежемесячно по утвержденному руководителем графику результаты мониторинга по индикаторам оценки качества медицинских услуг.

14. Внутренняя экспертиза проводится ретроспективно и непосредственно в момент получения пациентами медицинской помощи.

15. Службой поддержки пациента проводится экспертиза:

1) в организациях, оказывающих стационарную или стационарозамещающую помощь, не менее 15 % пролеченных случаев в месяц, а также все случаи:

летальных исходов;

осложнений, в том числе послеоперационных;

внутрибольничных инфекций;

повторной госпитализации по одному и тому же заболеванию в течение одного месяца вследствие некачественного предыдущего лечения;

удлинения или укорочения сроков лечения;

расхождений диагнозов;

необоснованной госпитализации;

2) в организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь:

не менее 10 % экспертиз за месяц:

пролеченных случаев, амбулаторных карт лиц, подлежащих иммунизации против инфекционных заболеваний;

а также все случаи:

материнской смертности;

смерти на дому детей от 0 до 5 лет включительно;

смерти на дому лиц трудоспособного возраста от заболеваний;

внутрибольничных инфекций;

несвоевременной вакцинации или отсутствия вакцинации против инфекционных заболеваний в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 30 декабря 2009 года № 2295 "Об утверждении перечня заболеваний, против которых проводятся профилактические прививки, Правил их проведения и групп населения, подлежащих плановым прививкам" (далее – Постановление № 2295);

запущенных форм онкологических заболеваний и туберкулеза;

первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста;

осложнений беременности, управляемых на уровне организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь;

наблюдений за пациентами после выписки из стационара (за детьми, за женщинами в послеродовом периоде), за пациентами с болезнями системы кровообращения (после инсультов и инфарктов);

3) в организациях скорой медицинской помощи экспертиза не менее 20 % обслуженных вызовов за квартал, а также все случаи:

повторных вызовов к одному и тому же пациенту по тому же заболеванию в течение суток с момента первого вызова;

летальности при вызовах: смерть до прибытия бригады, смерть в присутствии бригады;

расхождения диагнозов бригады скорой помощи и стационара в случае госпитализации больных;

4) в организациях восстановительного лечения и медицинской реабилитации – все случаи:

летальных исходов;

госпитализации в больничные организации;

удлинения или укорочения сроков лечения;

травматизма;

внутрибольничных инфекций;

5) в организациях по оказанию паллиативной помощи и сестринского ухода – все случаи:

летальных исходов;

внутрибольничных инфекций;

больничного травматизма;

б) в организациях, осуществляющих деятельность в сфере службы крови, проводится экспертиза не менее 20 % медицинских карт доноров в квартал, а также проводится контроль соблюдения правил заготовки, переработки, хранения, реализации, переливания крови и ее компонентов, утвержденных приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 ноября 2009 года № 666 "Об утверждении Номенклатуры, Правил заготовки, переработки, хранения, реализации крови и ее компонентов, а также Правил хранения, переливания крови, ее компонентов и препаратов", зарегистрированным в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 5925;

16. Службой ежемесячно проводится не менее 10 % экспертиз пролеченных случаев на качество заполнения медицинской документации средними медицинскими работниками.

17. Внутренняя экспертиза качества медицинских услуг осуществляется также на уровне:

каждого медицинского работника (самоконтроль);

на уровне структурного подразделения;

на уровне заместителя руководителя по лечебно-профилактической работе;

18. Внутренняя экспертиза на уровне самоконтроля осуществляется каждым врачом, каждой медицинской сестрой отделения по всем пролеченным случаям.

Самоконтроль выражается в четком знании и выполнении медицинскими работниками своих функциональных обязанностей, Стандартов, направлен на выявление и устранение отклонений в процессе оказания медицинской услуги.

19. Внутренняя экспертиза на уровне структурного подразделения проводится заведующим отделением по всем пролеченным случаям.

20. На уровне заместителя руководителя по лечебной работе внутренняя экспертиза проводится с охватом не менее 25 % пролеченных случаев в месяц.

21. В рамках внутренней экспертизы медицинских услуг осуществляется оценка качества работы средних медицинских работников, которая включает:

1) оценку качества работы старших медицинских сестер структурных подразделений;

2) оценку качества работы средних медицинских работников структурных подразделений.

22. Оценка работы старших медицинских сестер проводится по следующим направлениям:

1) организация работы по кадровому планированию, рациональной расстановке и использованию средних и младших медицинских работников;

2) организационные мероприятия по повышению квалификации, переподготовке, оценке квалификации и удельному весу категорийности средних медицинских работников;

3) осуществление контроля за противоэпидемическими мероприятиями в отделении;

4) организация выполнения манипуляций и стандартов операционных процедур средним медицинским персоналом;

5) контроль за соблюдением правил хранения и транспортировки лекарственных средств, изделий медицинского назначения, утвержденных приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 24 апреля 2015 года № 262 "Об утверждении Правил хранения и транспортировки лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники", зарегистрированным в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11191 (далее – Приказ № 262).

23. Оценка работы средних медицинских работников на уровне структурного подразделения осуществляется старшей медицинской сестрой.

24. Оценка качества работы средних медицинских работников структурных подразделений включает:

- 1) полноту и своевременность заполнения медицинской документации;
- 2) полноту, своевременность и качество выполнения врачебных назначений;
- 3) знания и навыки выполнения стандартов операционных процедур;
- 4) умение коммуникативного общения с пациентами и коллегами;
- 5) отсутствие осложнений в результате сестринских манипуляций;
- 6) знание и соблюдение правил хранения и транспортировки лекарственных средств, изделий медицинского назначения, утвержденных Приказом № 262;
- 7) знание и соблюдение режима дезинфекции и стерилизации изделий медицинского назначения, правил и сроков хранения стерильного материала в соответствии с санитарными правилами "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинфекции, дезинсекции и дератизации", утвержденными приказом Министра национальной экономики Республики Казахстан от 27 января 2015 года № 48, зарегистрированным в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 10388;
- 8) знание и соблюдение требований сбора, временного хранения, обеззараживания, утилизации медицинских отходов в соответствии с санитарными правилами "Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения", утвержденными приказом исполняющего обязанности Министра национальной экономики Республики Казахстан от 24 февраля 2015 года № 127, зарегистрированным в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 10713;

9) оценку качества общего ухода за пациентами (отсутствие опрелостей, пролежней);

10) умение оказания неотложной доврачебной медицинской помощи;

11) анализ обращений (жалоб) пациентов на средний медицинский персонал.

25. Главной медицинской сестрой организации здравоохранения проводится не менее 10 % экспертиз пролеченных случаев на качество заполнения медицинской документации средними медицинскими работниками.

26. Службой с медицинскими работниками, допустившими дефекты при оказании медицинских услуг (лечебных, диагностических), в оформлении медицинской документации, ошибки при выборе медицинской услуги или технологии оказания медицинской услуги, проводится разьяснительная работа по причинам возникновения и путях устранения дефектов.

Случаи допущенных дефектов, требующих принятия управленческих решений (направление на дополнительное обучение, курсы повышения квалификации медицинских работников, приобретение лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения, медицинского оборудования) выносятся на рассмотрение руководства.

27. По результатам внутренней экспертизы составляется заключение и анализируется Службой. По итогам проведенной экспертизы оценивается деятельность врачей, среднего медицинского персонала, структурных подразделений и организации здравоохранения в целом. Для принятия управленческих решений определяются:

1) общее количество выявленных нарушений, структура, возможные причины и пути устранения;

2) количество выявленных нарушений, повлекших ухудшение состояния здоровья;

3) количество выявленных отклонений, приведших к увеличению затрат на оказание медицинской помощи.

28. Результаты внутренней экспертизы рассматриваются на заседании Службы, выносятся и разбираются на заседаниях внутрибольничных комиссий, на врачебных конференциях.

В состав внутрибольничных комиссий включаются заведующие структурных подразделений (профильных отделений), врачи с опытом практической работы не менее 3 лет по специальности, имеющие первую и высшую квалификационные категории.

### **Глава 3. Организация и порядок проведения внешней экспертизы**

29. Внешняя экспертиза осуществляется специалистами КООЗ и его территориальными подразделениями, (или) независимыми экспертами.

Сноска. Пункт 29 в редакции приказа Министерства здравоохранения РК от 11.02.2019 № ҚР ДСМ-3 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

30. КООЗ и его территориальными подразделениями, внешняя экспертиза осуществляется также с привлечением независимых экспертов в соответствии с пунктом 4 статьи 58 Кодекса.

Сноска. Пункт 30 в редакции приказа Министерства здравоохранения РК от 11.02.2019 № ҚР ДСМ-3 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

31. Внешней экспертизе подлежат все случаи материнской смертности (за исключением несчастных случаев) в организациях, оказывающих стационарную и амбулаторно-поликлиническую помощь.

Сноска. Пункт 31 в редакции приказа Министерства здравоохранения РК от 11.02.2019 № ҚР ДСМ-3 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

32. По итогам внешней экспертизы анализируются:

результаты внутренней экспертизы на предмет соблюдения принципов экспертизы;

адекватности и эффективности мер, принятых Службой;

соответствия пороговых значений в динамике внешних индикаторов в соответствии с приложением 2 к настоящим Правилам.

33. По результатам внешней экспертизы составляется заключение в двух экземплярах, один экземпляр заключения вручается руководителю субъекта здравоохранения или лицу его замещающему, в случае отсутствия руководителя.

На каждый случай смерти (летального исхода) прилагается экспертное заключение независимого эксперта по форме согласно приложению 3 к настоящим Правилам.

Замечания и (или) возражения по результатам внешней экспертизы излагаются в письменном виде и прилагаются к заключению.

34. По результатам внешней экспертизы качества медицинских услуг руководитель организации здравоохранения принимает управленческие меры, в том числе определяет потребность и направленность обучающих программ для врачей и среднего медицинского персонала.

**Примечание РЦПИ!**

Пункт 35 вводится в действие с 01.01.2017 в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РК от 28.06.2016 № 568.

35. Независимыми экспертами внешняя экспертиза проводится при привлечении их физическими или юридическими лицами в случаях несогласия с выводами внутренней и внешней экспертизы, а также субъектами здравоохранения для проведения независимой экспертизы на договорной основе в соответствии с Гражданским кодексом Республики Казахстан.

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 с летальными исходами при плановой госпитализации | Ежемесячно               | Отчетные данные, медицинская карта стационарного больного (форма 003/у, утвержденная Приказом № 907)   | Значение индикатора стремится к нулю |
| 2  | Показатель досуточной летальности в стационаре                         | Ежеквартально            | Медицинская карта стационарного больного (форма 003/у, утвержденная Приказом № 907), статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у, утвержденная Приказом № 907)                         | Значение индикатора не превышает 4 % |
| 3  | Послеоперационная летальность в случаях плановой госпитализации        | Ежемесячно               | Отчетные данные, медицинская карта стационарного больного (форма 003/у, утвержденная Приказом № 907)   | Значение индикатора стремится к нулю |
| 4  | Удельный вес интраоперационных осложнений                              | Ежеквартально            | Отчетные данные, медицинская карта стационарного больного (форма 003/у, утвержденная Приказом № 907), журнал записи оперативных вмешательств в стационаре (форма 008/у, утвержденная Приказом № 907) | Значение индикатора не превышает 5 % |
|  |  |                          |  |                                      |

|    |  |               |  |  |
|----|--|---------------|--|--|
| 5  | Удельный вес послеоперационных осложнений  | Ежеквартально | Отчетные данные, медицинская карта больного (форма 003/у, утвержденная Приказом № 907), журнал записи оперативных вмешательств в стационаре (форма 008/у, утвержденная Приказом № 907)   | Значение индикатора не превышает 3 %   |
| 6  | Число случаев материнской смертности за отчетный период из них от: акушерских кровотечений; гестозов; абортот; экстрагенитальной патологии | Ежедневно     | Данные мониторинга беременных, родильниц медицинской организации, карта учета материнской смертности (форма 2009-1/у, утвержденная Приказом № 907)   | Значение индикатора стремится к нулю по причинам, которые поддаются управлению |
| 7  | Удельный вес случаев родового травматизма  | Ежеквартально | История родов (форма 096/у), журнал записи оперативных вмешательств в стационаре (форма 008/у, утвержденная Приказом № 907)  | Значение индикатора стремится к нулю   |
| 8  | 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, утвержденная Приказом № 907)  | Значение индикатора не превышает 20 %  |
| 9  | 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, утвержденная Приказом № 907)  | Значение индикатора стремится к нулю   |
| 10 | Полнота выявления экстрагенитальной патологии при поступлении в стационар  | Ежеквартально | История родов (форма 096/у, утвержденная Приказом № 907), медицинская карта стационарного больного (форма 003/у, утвержденная Приказом № 907), статистическая карта вышедшего из стационара (форма 066/у, утвержденная Приказом № 907) | Значение индикатора стремится к 100 %  |
|    |  |               | История родов (форма 096/у, утвержденная Приказом № 907)   |  |



|    |  |               |  |  |
|----|--|---------------|--|--|
| 11 | Количество случаев детской смертности (от 0 до 5 лет) за отчетный период из них от: заболеваний органов дыхания; кишечных инфекций; врожденных пороков развития; болезней перинатального периода | Ежемесячно    | история развития новорожденного (форма 097/у, утвержденная Приказом № 907), медицинская карта стационарного больного (форма 003/у, утвержденная Приказом № 907), | Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 5 %  |
| 12 | Удельный вес случаев травматизма новорожденных   | Ежеквартально | История родов (форма 096/у, утвержденная Приказом № 907) история развития новорожденного (форма 097/у, утвержденная Приказом № 907)                              | Значение индикатора стремится к нулю   |
| 13 | Показатель интранатальной гибели плода на 100 родившихся живыми и мертвыми   | Ежеквартально | История родов (форма 096/у, утвержденная Приказом № 907)   | Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 10 % |
| 14 | Показатель соблюдения тепловой цепочки ( мониторинг температурного режима)   | Ежеквартально | История родов (форма 096/у, утвержденная Приказом № 907) история развития новорожденного (форма 097/у, утвержденная Приказом № 907))                             | Значение индикатора не превышает 0,5 %   |
| 15 | Показатель ранней неонатальной смертности (до 7 суток жизни) на 1000 родившихся живыми   | Ежеквартально | История родов (форма 096/у, утвержденная Приказом № 907)   | Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 5 %  |
| 16 | Удельный вес гнойно-септических процессов после оперативных вмешательств   | Ежемесячно    | Медицинская карта стационарного больного (форма 003/у, утвержденная Приказом № 907)  | Значение индикатора не превышает 1 %   |
| 17 | Удельный вес гнойно-септических процессов у новорожденных  | Ежемесячно    | История развития новорожденного (форма 097/у, утвержденная Приказом № 907)   | Значение индикатора стремится к нулю   |
|    |  |               | Отчетные данные, медицинская карта стационарного больного (форма 003/у,  |  |

|    |   |            |  |                                      |
|----|---|------------|--|--------------------------------------|
| 18 | Показатель повторного поступления (в течение месяца по поводу одного и того же заболевания)   | Ежемесячно | утвержденная Приказом № 907), статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у, утвержденная Приказом № 907)                                    | Значение индикатора стремится к нулю |
| 19 | Случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов  | Ежемесячно | Протокол патологоанатомического исследования (форма 013/у, утвержденная Приказом № 907)  | Значение индикатора стремится к нулю |
| 20 | Количество обоснованных обращений   | Ежемесячно | Журнал регистрации обращений   | Значение индикатора стремится к нулю |
| 21 | Удельный вес случаев внутрибольничных инфекций с проведением эпидемиологического расследования  | Ежемесячно | Журнал учета инфекционных заболеваний (форма 060/у, утвержденная Приказом № 907), Протокола разбора случаев на заседании комиссии инфекционного контроля | Значение индикатора стремится к 100% |
| 22 | Удельный вес случаев внутрибольничных инфекций с установленными причинами и факторами возникновения и распространения внутрибольничных инфекций | Ежемесячно | Журнал учета инфекционных заболеваний (форма 060/у, утвержденная Приказом № 907), Протокола разбора случаев на заседании комиссии инфекционного контроля | Значение индикатора стремится к 80%  |

Индикаторы оценки для организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь

|   |   |               |   |   |
|---|---|---------------|---|---|
| 1 | 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 % по причинам, которые поддаются управлению |
|   |   |               | Д а н н ы е территориального  | Уменьшение значения показателя отчетного  |

|   |   |               |   |   |
|---|---|---------------|---|---|
| 2 | Показатель первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста   | 1 раз в год   | Департамента Комитета труда, социальной защиты и миграции   | периода по сравнению с предыдущим на 1 %  |
| 3 | Удельный вес случаев материнской смертности, с дефектами оказания медицинских услуг на уровне организаций первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) | Ежедневно     | Карта учета материнской смертности (форма 2009-1/у, утвержденная Приказом № 907) (результаты внешней экспертизы)  | Значение индикатора стремится к нулю  |
| 4 | Удельный вес оздоровленных женщин с экстрагенитальной патологией среди женщин фертильного возраста из числа прикрепленного населения                        | Ежеквартально | Медицинская карта амбулаторного больного (форма 025/у, утвержденная Приказом № 907) Статистическая карта амбулаторного пациента (форма 025-05/у, утвержденная Приказом № 907) Контрольная карта диспансерного наблюдения (форма 030/у, утвержденная Приказом № 907) | Увеличение показателя на 5 % по сравнению с предыдущим периодом                   |
| 5 | Охват контрацепцией женщин с абсолютными противопоказаниями к вынашиванию беременности  | Ежеквартально | Медицинская карта амбулаторного больного (форма 025/у, утвержденная Приказом № 907)   | Значение индикатора стремится к 100 %   |
| 6 | Случаи беременности женщин фертильного возраста с экстрагенитальной патологией, которым абсолютно противопоказана беременность                              | Ежеквартально | Статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у, утвержденная Приказом № 907) Программное обеспечение "Регистр беременных"  | Значение индикатора стремится к нулю  |
| 7 | Уровень аборт по отношению к родам  | Ежеквартально | Статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у, утвержденная Приказом № 907)   | Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 5 % |
|   |   |               | Статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у, утвержденная Приказом № 907) (диагноз по   | Уменьшение значения показателя отчетного  |

|    |   |               |  |   |
|----|---|---------------|--|---|
| 8  | Удельный вес беременных женщин госпитализированных с нарушением принципа регионализации (по данным круглосуточного стационара)  | Ежеквартально | международной классификации болезней с указанием родоразрешения)<br>Программное обеспечение "Регистр беременных"                         | периода по сравнению с предыдущим на 5 %  |
| 9  | Детская смертность до 5 лет, с дефектами оказания медицинских услуг на уровне ПМСП  | Ежедневно     | Карта учета родившегося живым, мертворожденного и умершего ребенка в возрасте до 5 лет (форма 2009/у, утвержденная Приказом № 907)       | Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 5 % |
| 10 | Удельный вес обученных медицинских работников (врачей, средних медицинских работников) ПМСП* по программе интегрированного ведения болезней детского возраста (далее ИВБДВ) | 1 раз в год   | Отчет отдела кадров  | Значение индикатора не менее 70 %   |
| 11 | Показатель умерших детей в возрасте от 7 дней до 5 лет на дому  | Ежеквартально | Автоматизированная информационная система (далее –АИС) "Млад", данные областного статистического управления                              | Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 5 % |
| 12 | Показатель посещаемости врачом новорожденных в первые 3 дня после выписки из роддома (патронаж)   | Ежеквартально | История развития ребенка (форма 112/у, утвержденная Приказом № 907) АИС "Стационар"  | Значение индикатора стремится к 100 %   |
| 13 | Удельный вес экстренной госпитализации детей до 5 лет с острой кишечной инфекцией (далее -ОКИ), острой респираторной инфекции (далее – ОРИ) за отчетный период              | Ежеквартально | Данные "Мединформ"   | Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 1 % |
| 14 | 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 %   |
| 15 | Случаи врожденных пороков развития (далее – ВПР) у новорожденных, недиагностированных внутриутробно   | Ежеквартально | История развития ребенка (форма 112/у, утвержденная Приказом № 907), индивидуальная карта беременной, роженицы, родильницы (форма 111/у, | Значение индикатора   |

|      |   |               |  |  |
|------|---|---------------|--|--|
|      |   |               | утвержденная Приказом № 907)   | стремится к нулю   |
| 16   | 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, утвержденная Приказом № 907)  | Значение индикатора стремится к 100 %  |
| 17   | 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, утвержденная Приказом № 907)  | Увеличение показателя на 5 % по сравнению с предыдущим периодом                    |
| 18   | 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 % |
| 18-1 | Охват флюорографическим обследованием групп населения с высоким риском заболевания туберкулезом (лица, контактные с больным туберкулезом, независимо от бактериовыделения; лица, состоящие на динамическом наблюдении с хроническими обструктивными заболеваниями легких, сахарным диабетом, алкоголизмом, наркоманией, вирусом иммунодефицита человека/синдромом приобретенного иммунного дефицита и получающие иммуносупрессивную терапию; лица, имеющие остаточные явления в легких любой этиологии; лица, освободившиеся из мест лишения свободы) | 1 раз в год   | План проведения флюорографических обследований, журнал регистрации флюорографических обследований, отчетные формы  | Значение индикатора стремится к 100 %  |
| 19   | Охват обязательного контингента флюорографическим обследованием   | 1 раз в год   | План проведения флюорографических обследований, журнал регистрации флюорографических обследований, отчетные формы  | Значение индикатора стремится к 100 %  |
|      | Показатель выявляемости больных туберкулезом методом флюорографии среди групп населения с высоким риском заболевания туберкулезом (лица, контактные с больным туберкулезом, независимо от бактериовыделения; лица, состоящие на динамическом наблюдении с   |               | Журнал регистрации флюорографических обследований, карта профилактических флюорографических обследований (форма 052/у, утвержденная Приказом и.о. Министра | Значение индикатора  |

|    |  |               |   |   |
|----|--|---------------|---|---|
| 20 | хроническими обструктивными заболеваниями легких, сахарным диабетом, алкоголизмом, наркоманией, вирусом иммунодефицита человека/синдромом приобретенного иммунного дефицита и получающие иммуносупрессивную терапию ; лица, имеющие остаточные явления в легких любой этиологии; лица, освободившиеся из мест лишения свободы) | Ежеквартально | здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения" (далее - Приказ № 907);  | составляет не менее 2 на 1 0 0 0 обследованных                  |
| 21 | 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, утвержденная Приказом № 907), направление на микроскопическое исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (форма ТБ 05/у, утвержденная Приказом № 907) | Значение индикатора составляет 5-10%                            |
| 22 | Число больных туберкулезом, прервавших терапию на уровне ПМСП  | Ежеквартально | Медицинская карта амбулаторного больного (форма 025/у, утвержденная Приказом № 907)   | Значение индикатора стремится к нулю                            |
| 23 | 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 |
| 24 | 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 |
| 25 | Показатель 5-летней выживаемости больных злокачественными новообразованиями  | 1 раз в год   | База данных "Онкорегистр"   | Значение индикатора составляет не менее 50 %                    |
| 26 | Количество обоснованных жалоб  | Ежеквартально | Журнал регистрации обращений  | Значение индикатора стремится к нулю                            |
|    | Уровень госпитализации больных из числа прикрепленного населения госпитализированных с осложнениями  |               | Статистическая карта выбывшего из   | Уменьшение значения показателя                                  |

|    |   |                         |   |   |
|----|---|-------------------------|---|---|
| 27 | заболеваний сердечно-сосудистой системы:<br>- артериальная гипертензия;<br>- инфаркт миокарда;<br>- инсульт                                     | Ежеквартально           | стационара (форма 066/у, утвержденная Приказом № 907)   | отчетного периода по сравнению с предыдущим на 10 %                     |
| 28 | Удельный вес случаев внутрибольничных инфекций с проведением эпидемиологического расследования  | Ежемесячно              | Журнал учета инфекционных заболеваний (форма 060/у, утвержденная Приказом № 907), Протокола разбора случаев на заседании комиссии инфекционного контроля                      | Значение индикатора стремится к 100 %                                   |
| 29 | Удельный вес случаев внутрибольничных инфекций с установленными причинами и факторами возникновения и распространения внутрибольничных инфекций | Ежемесячно              | Журнал учета инфекционных заболеваний (форма 060/у, утвержденная Приказом № 907), Протокола разбора случаев на заседании комиссии инфекционного контроля                      | Значение индикатора стремится к 80 %                                    |
| 30 | Показатель охвата иммунизацией детей до 5 лет против целевых инфекций   | Ежемесячно в нарастании | Отчетная форма № 4, утвержденная приказом Министра национальной экономики Республики Казахстан от 30 мая 2015 года № 415, Журнал учета профилактических прививок, форма 064/у | Значение индикатора стремится к 95 % за год (ежемесячно не менее 7,9 %) |

Приложение 2  
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                   |
| <b>Индикаторы оценки для организаций, оказывающих стационарную помощь</b> |                                      |   |                          |  |                     |
| 1   | Удельный вес случаев летальности при | Количество умерших в стационаре от общего числа пациентов, поступивших в плановом | Ежемесячно               | Отчетные данные Медицинская карта стационарного больного (форма 003/у, | Значение индикатора |

|   |  |  |            |  |   |
|---|--|--|------------|--|---|
|   | плановой госпитализации  | порядке за отчетный период   |            | утвержденная Приказом № 907)   | стремится к нулю  |
| 2 | Послеоперационная летальность в случаях плановой госпитализации  | Количество умерших в стационаре после оперативных вмешательств от количества пациентов, прооперированных в плановом порядке за отчетный период | Ежемесячно | Отчетные данные, медицинская карта стационарного больного (форма 003/у, утвержденная Приказом № 907)   | 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, утвержденная Приказом № 907)   | Значение индикатора стремится к нулю по причинам, поддающимся 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, утвержденная Приказом № 907)   | Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 5 % |
| 5 | 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, утвержденная Приказом № 907) статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у, утвержденная Приказом № 907) | Значение индикатора стремится к нулю  |
| 6 | Случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов   | Количество случаев за отчетный период  | Ежемесячно | Протокол патологоанатомического исследования (форма 013/у, утвержденная Приказом № 907)  | Значение индикатора стремится к нулю  |
| 7 | Обоснованные обращения на качество оказания медицинских услуг  | Количество обоснованных жалоб  | Ежемесячно | Журнал регистрации обращений   | Значение индикатора стремится к нулю  |
|   |  |  |            | Журнал учета инфекционных  |   |



|   |   |  |            |   |                                       |
|---|---|--|------------|---|---------------------------------------|
| 8 | Показатель эпидемиологи ческого расследования внутрибольничных инфекций                             | Удельный вес (%) случаев внутрибольничных инфекций с проведением эпидемиологического расследования от общего числа зарегистрированных случаев  | Ежемесячно | заболеваний (форма 060 /у, утвержденная Приказом № 907), Протокола разбора случаев на заседании комиссии инфекционного контроля                           | Значение индикатора стремится к 100 % |
| 9 | Показатель установления причин и факторов возникновения и распространения внутрибольничных инфекций | Удельный вес (%) случаев внутрибольничных инфекций с установленными причинами и факторами возникновения и распространения внутрибольничных инфекций от общего числа зарегистрированных случаев | Ежемесячно | Журнал учета инфекционных заболеваний (форма 060 /у, утвержденная Приказом № 907), Протокола разбора случаев на заседании комиссии инфекционного контроля | Значение индикатора стремится к 80 %  |

**Индикаторы оценки для организаций,**

оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь

|    |  |   |               |  |   |
|----|--|---|---------------|--|---|
| 10 | 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 |
| 11 | Удельный вес случаев материнской смертности, с дефектами оказания медицинских услуг на уровне ПМСП                   | Количество случаев материнской смерти среди прикрепленных жителей с подтвержденными дефектами (экспертами) на уровне ПМСП, за отчетный период на количество прикрепленных женщин фертильного возраста | Ежедневно     | Карта учета материнской смертности (форма 2009 -1/у, утвержденная Приказом № 907) ( результаты внешней экспертизы )                | Значение индикатора стремится к нулю  |
| 12 | Детская смертность до 5 лет, с дефектами оказания медицинских услуг на уровне ПМСП                                   | Количество умерших детей в возрасте от 0 до 5 лет, предотвратимых на уровне ПМСП 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, утвержденная Приказом № 907) | Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 5 %   |
|    |  | Количество случаев госпитализированных  |               |  |   |

|    |   |  |               |  |   |
|----|---|--|---------------|--|---|
| 13 | Случаи беременности женщин фертильного возраста (далее – ЖФВ) с экстрагенитальной патологией, которым абсолютно противопоказана беременность        | 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, утвержденная Приказом № 907) Программное обеспечение "Регистр беременных" | Значение индикатора стремится к нулю  |
| 14 | 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 % |
| 15 | 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 % |
| 16 | Обоснованные обращения на качество оказания медицинских услуг   | Показатель на 100 тыс. прикрепленного населения  | Ежемесячно    | Журнал регистрации обращений   | Значение индикатора стремится к нулю  |
| 17 | Уровень госпитализации больных из числа прикрепленного населения с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы:                            | 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                                  | Ежеквартально | Статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у, утвержденная Приказом № 907)  | Уменьшение значения показателя отчетного периода по                               |

|    |   |  |                         |   |  |
|----|---|--|-------------------------|---|--|
|    | артериальная гипертензия; инфаркт миокарда; инсульт   | заболеваний сердечно-сосудистой системы: артериальная гипертензия; инфаркт миокарда; инсульт   |                         |   | сравнению с предыдущим на 5 %  |
| 18 | Показатель эпидемиологического расследования внутрибольничных инфекций                              | Удельный вес (%) случаев внутрибольничных инфекций с проведением эпидемиологического расследования от общего числа зарегистрированных случаев  | ежемесячно              | Журнал учета инфекционных заболеваний (форма 060/у, утвержденная Приказом № 907), Протокола разбора случаев на заседании комиссии инфекционного контроля                      | Значение индикатора стремится к 100 %                                  |
| 19 | Показатель установления причин и факторов возникновения и распространения внутрибольничных инфекций | Удельный вес (%) случаев внутрибольничных инфекций с установленными причинами и факторами возникновения и распространения внутрибольничных инфекций от общего числа зарегистрированных случаев | Ежемесячно              | Журнал учета инфекционных заболеваний (форма 060/у, утвержденная Приказом № 907), Протокола разбора случаев на заседании комиссии инфекционного контроля                      | Значение индикатора стремится к 80%                                    |
| 20 | Показатель охвата иммунизацией детей до 5 лет против целевых инфекций                               | Удельный вес (%) детей целевой группы, охваченных иммунизацией   | Ежемесячно в нарастании | Отчетная форма № 4, утвержденная приказом Министра национальной экономики Республики Казахстан от 30 мая 2015 года № 415, Журнал учета профилактических прививок, форма 064/у | Значение индикатора стремится к 95% за год (ежемесячно не менее 7,9% ) |

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

## Экспертное заключение независимого эксперта

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) независимого эксперта, с указанием специальности, должности, квалификационной категории, ученой степени, № свидетельства об аккредитации

2. Наименование субъекта (объекта) здравоохранения, в котором проводилась экспертиза

3. Основание проведения экспертизы, либо сведения о заказчике

4. Сроки проведения экспертизы
5. Период проведения экспертизы
6. Предмет экспертизы
7. Сведения о результатах экспертизы, в том числе о выявленных нарушениях, об их характере
8. Выводы
9. Рекомендации

---

Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись лица, проводившего экспертизу

Дата " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года