

**О внесении изменений и дополнений в совместный приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 ноября 2018 года № ҚР ДСМ-32 и Министра национальной экономики Республики Казахстан от 15 ноября 2018 года № 70 "Об утверждении критериев оценки степени риска и проверочных листов в сферах качества оказания медицинских услуг, обращения лекарственных средств и медицинских изделий"**

Совместный приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 мая 2023 года № 90 и Министра национальной экономики Республики Казахстан от 29 мая 2023 года № 91. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 30 мая 2023 года № 32633

**Примечание ИЗПИ**

**Порядок введения в действие см. п. 4**

**ПРИКАЗЫВАЕМ:**

1. Внести в совместный приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 ноября 2018 года № ҚР ДСМ-32 и Министра национальной экономики Республики Казахстан от 15 ноября 2018 года № 70 "Об утверждении критериев оценки степени риска и проверочных листов в сферах качества оказания медицинских услуг, обращения лекарственных средств и медицинских изделий" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 17744) следующие изменения и дополнения:

в пункте 1:

подпункты 1), 2), 3), 4), 5), 6), 7), 8), 9), 10), 11), 12), 13), 14), 22) и 23) изложить в следующей редакции:

1) критерии оценки степени риска в сфере оказания медицинских услуг (помощи) согласно приложению 1 к настоящему совместному приказу;

2) проверочный лист в сфере государственного контроля качества оказания медицинских услуг в отношении субъектов (объектов), оказывающих стационарную, стационарозамещающую помощь согласно приложению 2 к настоящему совместному приказу;

3) проверочный лист в сфере государственного контроля качества оказания медицинских услуг в отношении субъектов (объектов), оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (первичную медико-санитарную помощь и консультативно-диагностическую помощь) согласно приложению 3 к настоящему совместному приказу;

4) проверочный лист в сфере государственного контроля качества оказания медицинских услуг в отношении субъектов (объектов) родовспоможения и (или) стационарных организаций, имеющих в своем составе родильные отделения и отделения патологии новорожденных согласно приложению 4 к настоящему совместному приказу;

5) проверочный лист в сфере государственного контроля качества оказания медицинских услуг в отношении субъектов (объектов), оказывающих кардиологическую, кардиохирургическую помощь согласно приложению 5 к настоящему совместному приказу;

6) проверочный лист в сфере государственного контроля качества оказания медицинских услуг в отношении субъектов (объектов), оказывающих гемодиализную помощь согласно приложению 6 к настоящему совместному приказу;

7) проверочный лист в сфере государственного контроля качества оказания медицинских услуг в отношении субъектов (объектов), оказывающих стоматологическую помощь согласно приложению 7 к настоящему совместному приказу;

8) проверочный лист в сфере государственного контроля качества оказания медицинских услуг в отношении субъектов (объектов), оказывающих фтизиатрическую помощь согласно приложению 8 к настоящему совместному приказу;

9) проверочный лист в сфере государственного контроля качества оказания медицинских услуг в отношении субъектов (объектов), оказывающих онкологическую помощь согласно приложению 9 к настоящему совместному приказу;

10) проверочный лист в сфере государственного контроля качества оказания медицинских услуг в отношении субъектов (объектов), оказывающих медико-социальную помощь в области психического здоровья согласно приложению 10 к настоящему совместному приказу;

11) проверочный лист в сфере государственного контроля качества оказания медицинских услуг в отношении субъектов (объектов), предоставляющих лабораторные услуги согласно приложению 11 к настоящему совместному приказу;

12) проверочный лист в сфере государственного контроля качества оказания медицинских услуг в отношении субъектов (объектов), оказывающих скорую медицинскую помощь, медицинскую помощь в форме медицинской авиации согласно приложению 12 к настоящему совместному приказу;

13) проверочный лист в сфере государственного контроля качества оказания медицинских услуг в отношении субъектов (объектов), осуществляющих деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции согласно приложению 13 к настоящему совместному приказу;

14) проверочный лист в сфере государственного контроля качества оказания медицинских услуг в отношении субъектов (объектов), осуществляющих деятельность в сфере службы крови согласно приложению 14 к настоящему совместному приказу;

22) проверочный лист в сфере государственного контроля качества оказания медицинских услуг в отношении субъектов (объектов), оказывающих патологоанатомическую диагностику согласно приложению 22 к настоящему совместному приказу;

23) проверочный лист в сфере государственного контроля качества оказания медицинских услуг в отношении субъектов (объектов), независимо от деятельности согласно приложению 23 к настоящему совместному приказу;

дополнить подпунктом 24) следующего содержания:

24) проверочный лист в сфере государственного контроля качества оказания медицинских услуг в отношении субъектов (объектов), оказывающих помощь в области ядерной медицины согласно приложению 24 к настоящему совместному приказу;

приложения 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 22 и 23 к указанному совместному приказу изложить в новой редакции согласно приложениям 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 и 16 к настоящему совместному приказу;

дополнить приложением 24 к указанному совместному приказу в редакции согласно приложению 17 к настоящему совместному приказу.

2. Комитету медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан порядке обеспечить:

1) государственную регистрацию настоящего совместного приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

2) размещение настоящего совместного приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан после его официального опубликования;

3) в течении десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего совместного приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в Юридический департамент Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1) и 2) настоящего пункта.

3. Контроль за исполнением настоящего совместного приказа возложить на курирующего вице-министра здравоохранения Республики Казахстан.

4. Настоящий совместный приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования, за исключением подпункта 5) пункта 10 Критериев оценки степени риска в сфере оказания медицинских услуг (помощи), которые вводятся в действие с 1 июля 2024 года.

Министр национальной экономики  
Республики Казахстан

Министр здравоохранения  
Республики Казахстан

\_\_\_\_\_ А. Куантыров

\_\_\_\_\_ А. Финият

**"СОГЛАСОВАН"**

Комитет по правовой статистике  
и специальным учетам  
Генеральной прокуратуры  
Республики Казахстан

Приложение 1  
к совместному приказу  
Министр национальной экономики  
Республики Казахстан  
от 29 мая 2023 года № 91  
и Министр здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 29 мая 2023 года № 90

Приложение 1  
к совместному приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 15 ноября 2018 года  
№ ҚР ДСМ-32  
и Министра национальной экономики  
Республики Казахстан  
от 15 ноября 2018 года № 70

## **Критерии оценки степени риска в сфере оказания медицинских услуг (помощи)**

### **Глава 1. Общие положения**

1. Настоящие Критерии оценки степени рисков в сфере оказания медицинских услуг (помощи) (далее – Критерии) разработаны в соответствии с пунктами 5 и 6 статьи 141 и пунктом 1 статьи 143 Предпринимательского кодекса Республики Казахстан, приказом исполняющего обязанности Министра национальной экономики Республики Казахстан от 22 июня 2022 года № 48 "Об утверждении Правил формирования регулируемыми государственными органами системы оценки и управления рисками и о внесении изменений в приказ исполняющего обязанности Министра национальной экономики Республики Казахстан от 31 июля 2018 года № 3 "Об утверждении Правил формирования государственными органами системы оценки рисков и формы проверочных листов"" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 28577) и приказом исполняющего обязанности Министра национальной экономики Республики Казахстан от 31 июля 2018 года № 3 "Об утверждении формы проверочного листа" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 17371).

2. В настоящих Критериях используются следующие понятия:

1) балл – количественная мера исчисления риска;

2) незначительные нарушения – нарушения требований законодательства Республики Казахстан в сфере здравоохранения, несоблюдение которых повлекло и (или) может повлечь формально допущенные, но не нанесшие какого-либо ощутимого вреда населению;

3) значительные нарушения – нарушения, в том числе несоответствия требованиям законодательства в области здравоохранения, не относящиеся к грубым и незначительным нарушениям;

4) риск в сфере оказания медицинских услуг – вероятность причинения вреда жизни или здоровью человека, законным интересам физических и юридических лиц, государства в результате осуществления медицинской деятельности субъекта контроля;

5) грубые нарушения – умышленное или неосторожное явное и существенное нарушение законодательства Республики Казахстан в сфере здравоохранения, несоблюдение которых повлекло и (или) может повлечь тяжкие последствия здоровью населения;

6) система оценки и управления рисками – процесс принятия управленческих решений, направленных на снижение вероятности наступления неблагоприятных факторов путем распределения субъектов (объектов) контроля по степеням риска для последующего осуществления профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) контроля и (или) проверок на соответствие квалификационным требованиям (далее – проверка на соответствие требованиям) с целью минимально возможной степени ограничения свободы предпринимательства, обеспечивая при этом допустимый уровень риска, а также направленных на изменение уровня риска для конкретного субъекта (объекта) контроля и (или) освобождения такого субъекта (объекта) контроля от профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) контроля и (или) проверок на соответствие требованиям;

7) объективные критерии оценки степени риска (далее – объективные критерии) – критерии, используемые для отбора субъектов (объектов) контроля в зависимости от степени риска в сфере оказания медицинских услуг при осуществлении деятельности и не зависящие непосредственно от отдельного субъекта (объекта) контроля;

8) субъективные критерии оценки степени риска (далее – субъективные критерии) – критерии оценки степени риска, используемые для отбора субъектов (объектов) контроля для проведения профилактического контроля и проверки на соответствие требованиям, в зависимости от результатов деятельности конкретного субъекта (объекта) контроля.

3. Критерии оценки степени риска для проведения проверки на соответствие требованиям или разрешительным требованиям по выданным разрешениям, требованиям по направленным уведомлениям в соответствии с Законом Республики

Казахстан "О разрешениях и уведомлениях" и профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) контроля формируются посредством определения объективных и субъективных критериев.

## **Глава 2. Объективные критерии оценки степени риска для проведения проверок на соответствие требованиям и профилактического контроля субъектов (объектов) контроля**

4. Определение объективных критериев осуществляется посредством определения риска государственного контроля, который осуществляется с учетом одного из следующих критериев:

- 1) уровня опасности (сложности) субъекта (объекта) в зависимости от осуществляемой деятельности;
- 2) масштабов тяжести возможных негативных последствий вреда в процессе осуществления медицинской деятельности;
- 3) возможности неблагоприятного воздействия на здоровье человека, законные интересы физических и юридических лиц, государства.

5. На основе анализа всех возможных рисков субъекты (объекты) контроля распределяются по трем степеням риска (высокая, средняя и низкая).

К субъектам (объектам) контроля высокой степени риска относятся организации, оказывающие стационарную помощь (районная больница, номерная районная больница, многопрофильная межрайонная больница, городская больница, многопрофильная городская больница, многопрофильная городская детская больница, многопрофильная областная больница, многопрофильная областная детская больница), субъекты (объекты) родовспоможения, организации скорой медицинской помощи и медицинской авиации, организации, осуществляющие деятельность в сфере службы крови, стоматологическая поликлиника (центр, кабинет), фтизиопульмонологические организации, онкологический центр или диспансер, центры ядерной медицины, организации медицины катастроф, организации здравоохранения, осуществляющие деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции.

К субъектам (объектам) контроля средней степени риска относятся субъекты (объекты), оказывающие первичную медико-санитарную помощь (медицинский пункт, фельдшерско-акушерский пункт, врачебная амбулатория, центр первичной медико-санитарной помощи, номерная районная поликлиника, районная поликлиника, городская поликлиника), субъекты (объекты), оказывающие специализированную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, организации здравоохранения, осуществляющие патологоанатомическую диагностику, организации здравоохранения, осуществляющие лабораторную диагностику, стационарные организации, оказывающие медицинскую помощь в области психического здоровья, объекты традиционной медицины.

К субъектам (объектам) контроля низкой степени риска относятся субъекты (объекты) контроля, осуществляющие восстановительное лечение и медицинскую реабилитацию и субъекты (объекты) контроля, оказывающие паллиативную помощь и сестринский уход.

6. В отношении субъектов (объектов) контроля, отнесенных к высокой и средней степени риска, проводятся проверка на соответствие требованиям, профилактический контроль с посещением субъекта (объекта) контроля, профилактический контроль без посещения субъекта (объекта) контроля и внеплановая проверка.

7. В отношении субъектов (объектов) контроля, отнесенных к низкой степени риска, проводятся проверка на соответствие требованиям, профилактический контроль без посещения субъекта (объекта) контроля и внеплановая проверка.

### **Глава 3. Субъективные критерии оценки степени риска для проведения проверок на соответствие требованиям и профилактического контроля субъектов (объектов) контроля**

8. Определение субъективных критериев осуществляется с применением следующих этапов:

- 1) формирование базы данных и сбор информации;
- 2) анализ информации и оценка рисков.

9. Формирование базы данных и сбор информации необходимы для выявления субъектов (объектов) контроля, нарушающих законодательство Республики Казахстан.

Процессы сбора и обработки информации в полной мере автоматизируются и допускают возможность проверки корректности полученных данных.

10. Для определения субъективных критериев оценки степени рисков для проведения профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) контроля используются следующие источники информации:

1) результаты предыдущих проверок и профилактического контроля с посещением субъектов (объектов) контроля (при этом степень тяжести нарушений устанавливается при несоблюдении требований, установленных в проверочных листах);

2) результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляемых субъектом контроля;

3) наличие и количество подтвержденных жалоб, обращений от физических и юридических лиц за оцениваемый период;

4) результаты анализа сведений, предоставляемых государственными органами и организациями;

5) результаты профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля (итоговые документы, выданные по итогам профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля).

11. Для определения субъективных критериев оценки степени рисков для проведения проверки на соответствие квалификационным требованиям используются следующие источники информации:

1) наличие и количество подтвержденных жалоб и обращений на субъекты (объекты) контроля, поступивших от физических или юридических лиц, государственных органов;

2) результаты предыдущих проверок в отношении субъектов (объектов) контроля;

3) результаты сертификации, повышения квалификации сотрудников субъектов контроля за последние 5 лет;

4) результаты аккредитации субъектов контроля при срочности выдаваемых разрешений.

12. На основании имеющихся источников информации, регулирующие государственные органы формируют субъективные критерии, подлежащие оценке.

Анализ и оценка субъективных критериев позволяет сконцентрировать проведение проверки на соответствие требованиям и профилактический контроль субъекта (объекта) контроля в отношении субъекта (объекта) контроля с наибольшим потенциальным риском.

При этом при анализе и оценке не применяются данные субъективных критериев, ранее учтенные и использованные в отношении конкретного субъекта (объекта) контроля либо данные, по которым истек срок исковой давности в соответствии с Гражданским кодексом Республики Казахстан.

В отношении субъектов контроля, устранивших в полном объеме выданные нарушения по итогам проведенного предыдущего профилактического контроля с посещением и (или) проверки на соответствие требованиям, не допускается включение их при формировании графиков и списков на очередной период государственного контроля.

Приоритетность применяемых источников информации и значимость показателей субъективных критериев устанавливаются в критериях оценки степени риска согласно перечню субъективных критериев для определения степени риска по субъективным критериям по форме согласно приложениям 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 и 17 к настоящим Критериям.

Показатели субъективных критериев определяются для каждой однородной группы субъектов (объектов) контроля. Удельный вес по значимости показателей субъективных критериев определяется в зависимости от важности показателя в оценке риска для каждой однородной группы субъектов (объектов) контроля. Допустимые значения показателей субъективных критериев регламентируются нормативными правовыми актами Республики Казахстан.

13. Степени нарушений требований в сфере оказания медицинских услуг (помощи) подразделяются на грубое, значительное и незначительное.



Требования для проведения проверок на соответствие требованиям и профилактического контроля субъектов (объектов) контроля с посещением субъекта контроля с распределением по степени значимости нарушений и источникам информации приведены в приложениях 1 и 2 к настоящим Критериям. Несоответствие требованиям определяет соответствующую степень нарушений.

14. Субъекты (объекты) контроля освобождаются от проверок на соответствие требованиям и профилактического контроля субъектов (объектов) контроля на следующий календарный год, если у субъекта (объекта) контроля проведена внешняя комплексная оценка (аккредитация) на соответствие деятельности стандартам аккредитации и предоставлено свидетельство об аккредитации на проверяемый период.

15. Проверка на соответствие требованиям и профилактический контроль с посещением субъекта (объекта) проводятся в зависимости от предназначения и видов деятельности объектов, в соответствии с проверочными листами в сфере оказания медицинских услуг населению согласно приложениям 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 22, 23 и 24 к настоящему совместному приказу.

16. Основанием для назначения проверки на соответствие требованиям является график, утвержденный регулирующим государственным органом.

17. Основанием для назначения профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) контроля является полугодовой список субъектов (объектов) контроля, утвержденный первым руководителем регулирующего государственного органа.

18. Субъекты (объекты) контроля переводятся с применением информационной системы с высокой степени риска в среднюю степень риска или со средней степени риска в низкую степень риска в соответствующих сферах деятельности субъектов контроля в случаях:

1) если в законах Республики Казахстан и критериях оценки степени риска регулирующих государственных органов определены случаи освобождения от профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) контроля или проведения проверок.

19. При составлении органом контроля графика проверок на соответствие требованиям и полугодовых списков профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) контроля в отношении одних и тех же субъектов (объектов) контроля устанавливаются единые сроки периода их проведения.

20. Для субъектов (объектов) контроля, отнесенных к высокой степени риска, кратность проведения проверки на соответствие требованиям определяется критериями оценки степени риска, но не чаще одного раза в год.

Для субъектов (объектов) контроля, отнесенных к средней степени риска, кратность проведения проверок на соответствие требованиям определяется критериями оценки степени риска, но не чаще одного раза в два года.

Для субъектов (объектов) контроля, отнесенных к низкой степени риска, кратность проведения проверок на соответствие требованиям определяется критериями оценки степени риска, но не чаще одного раза в три года.

#### **Глава 4. Порядок расчета степени риска по субъективным критериям**

21. Для отнесения субъекта контроля к степени риска в соответствии с пунктом 3 настоящих Критериев применяется следующий порядок расчета показателя степени риска.

22. Расчет показателя степени риска по субъективным критериям (R) осуществляется в автоматизированном режиме путем суммирования показателя степени риска по нарушениям по результатам предыдущих проверок и профилактического контроля с посещением субъектов (объектов) контроля (SP) и показателя степени риска по субъективным критериям, с последующей нормализацией значений данных в диапазон от 0 до 100 баллов.

$$R_{\text{пром}} = SP + SC, \text{ где}$$

$R_{\text{пром}}$  – промежуточный показатель степени риска по субъективным критериям,

SP – показатель степени риска по нарушениям,

SC – показатель степени риска по субъективным критериям.

Расчет производится по каждому субъекту (объекту) контроля однородной группы субъектов (объектов) контроля каждой сферы государственного контроля. При этом перечень оцениваемых субъектов (объектов) контроля, относимых к однородной группе субъектов (объектов) контроля одной сферы государственного контроля, образует выборочную совокупность (выборку) для последующей нормализации данных

23. По данным, полученным по результатам предыдущих проверок и профилактического контроля с посещением субъектов (объектов) контроля, формируется показатель степени риска по нарушениям, оцениваемый в баллах от 0 до 100.

При выявлении одного грубого нарушения по любому из источников информации, указанных в пунктах 10 и 11 настоящих Критериев, субъекту контроля приравнивается показатель степени риска 100 баллов и в отношении него проводится проверка на соответствие требованиям и (или) профилактический контроль с посещением субъекта (объекта) контроля.

При не выявлении грубых нарушений показатель степени риска по нарушениям рассчитывается суммарным показателем по нарушениям значительной и незначительной степени.

При определении показателя значительных нарушений применяется коэффициент 0,7.

Данный показатель рассчитывается по следующей формуле:

$$SP_3 = (SP_2 \times 100 / SP_1) \times 0,7, \text{ где:}$$

$SP_3$  – показатель значительных нарушений;

$SP_1$  – требуемое количество значительных нарушений;

$SP_2$  – количество выявленных значительных нарушений;

При определении показателя незначительных нарушений применяется коэффициент 0,3.

Данный показатель рассчитывается по следующей формуле:

$$SP_n = (SP_2 \times 100 / SP_1) \times 0,3, \text{ где:}$$

$SP_n$  – показатель незначительных нарушений;

$SP_1$  – требуемое количество незначительных нарушений;

$SP_2$  – количество выявленных незначительных нарушений;

Показатель степени риска по нарушениям (SP) рассчитывается по шкале от 0 до 100 баллов и определяется путем суммирования показателей значительных и незначительных нарушений по следующей формуле:

$$SP = SP_3 + SP_n, \text{ где:}$$

$SP$  – показатель степени риска по нарушениям;

$SP_3$  – показатель значительных нарушений;

$SP_n$  – показатель незначительных нарушений.

Полученное значение показателя степени риска по нарушениям включается в расчет показателя степени риска по субъективным критериям.

24. Расчет показателя степени риска по субъективным критериям, производится по шкале от 0 до 100 баллов и осуществляется по следующей формуле:

$$SC = \sum_{i=1}^n x_i * w_i, \text{ где}$$

$x_i$  – показатель субъективного критерия,

$w_i$  – удельный вес показателя субъективного критерия  $x_i$ ,

$n$  – количество показателей.

Полученное значение показателя степени риска по субъективным критериям, включается в расчет показателя степени риска по субъективным критериям.

25. Рассчитанные по субъектам (объектам) значения по показателю R нормализуются в диапазон от 0 до 100 баллов. Нормализация данных

осуществляется по каждой выборочной совокупности (выборке) с использованием следующей формулы:

$$R = \frac{R_{\text{пром}} - R_{\text{min}}}{R_{\text{max}} - R_{\text{min}}},$$

R – показатель степени риска (итоговый) по субъективным критериям отдельного субъекта (объекта) контроля.

$R_{\text{max}}$  – максимально возможное значение по шкале степени риска по субъективным критериям по субъектам (объектам), входящим в одну выборочную совокупность (выборку) (верхняя граница шкалы),

$R_{\text{min}}$  – минимально возможное значение по шкале степени риска по субъективным критериям по субъектам (объектам), входящим в одну выборочную совокупность (выборку) (нижняя граница шкалы),

$R_{\text{пром}}$  – промежуточный показатель степени риска по субъективным критериям, рассчитанный в соответствии с пунктом 22 настоящих Критериев.

Приложение 1  
к Критериям оценки степени  
риска в сфере оказания  
медицинских услуг (помощи)

### Степени нарушений требований для проведения проверки на соответствие требованиям субъектов (объектов) контроля

№ п/п	Наименования требований	Степень нарушений
1	Наличие сертификата специалиста для допуска к клинической практике	грубое
2	Наличие лицензии и (или) приложения к лицензии	грубое
3	Соответствие помещения или здания на праве собственности или договора аренды, или договора безвозмездного пользования недвижимым имуществом (ссуды), или доверительного управления имуществом, или договора государственно-частного партнерства стандартам организации оказания медицинской помощи профильных служб по оказываемым подвидам медицинской деятельности, а также соответствующего	грубое

	санитарным правилам, устанавливающим санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения	
4	Наличие функционирующего медицинского и (или) специального оборудования, аппаратуры и инструментария, приборов, мебели, инвентаря, транспортных и других средств (при необходимости), утвержденных в стандартах организации оказания медицинской помощи профильных служб по оказываемым подвидам медицинской деятельности и минимальным стандартам оснащения организаций здравоохранения медицинскими изделиями	грубое
5	Наличие специалистов по оказываемым видам деятельности	грубое
6	Наличие специализации или усовершенствования и других видов повышения квалификации за последние 5 (пять) лет по оказываемым подвидам медицинской деятельности (за исключением выпускников интернатуры, резидентуры, среднего учебного заведения, завершивших обучение не позднее 5 (пяти) лет на момент проверки).	грубое

Приложение 2  
к Критериям оценки степени  
риска в сфере оказания  
медицинских услуг (помощи)

### **Степени нарушений требований для проведения профилактического контроля субъектов (объектов) контроля**

№ п/п	Наименование требований	Степень нарушений
Для объектов родовспоможения и (или) стационарных организаций, имеющих в своем составе родильные отделения и отделения патологии новорожденных		
1	Наличие заключения о соответствии субъекта здравоохранения к предоставлению высокотехнологичной медицинской помощи при оказании	грубое

	организацией высокотехнологических услуг, в том числе экстракорпорального оплодотворения	
2	Наличие подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе	грубое
3	Наличие письменного добровольного согласия пациента либо его законного представителя при инвазивных вмешательствах и на проведение лечебно-диагностических мероприятий	значительное
4	<p>Наличие подтверждающей документации (карта вызова бригады скорой медицинской помощи форма № 085/у, журнал приема и отказов в госпитализации, медицинская карта стационарного пациента форма № 001/у), что пребывания бригады ССМП или отделения СМП при организации ПМСП в приемном отделении стационара не превышает 10 минут (время для передачи пациента врачу приемного отделения) с момента ее прибытия в стационар, за исключением случаев необходимости оказания скорой медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях.</p> <p>После передачи бригадами СМП или отделения СМП при организации ПМСП пациента в приемное отделение стационара медицинская сестра проводит распределение поступающих пациентов (медицинскую сортировку по триаж-системе) на группы, исходя из первоочередности оказания экстренной медицинской помощи.</p> <p>Медицинская сортировка по триаж-системе (далее- медицинская сортировка) проводится непрерывно и преемственно. По завершению оценки, пациенты помечаются цветом одной из категорий сортировки, в виде специальной цветной бирки либо цветной ленты.</p> <p>По медицинской сортировке, выделяют 3 группы пациентов:</p> <p>первая группа (красная зона) – пациенты, состояние которых представляет непосредственную угрозу жизни или имеющие высокий риск ухудшения и</p>	грубое

	<p>требующие экстренной медицинской помощи;</p> <p>вторая группа (желтая зона) – пациенты, состояние которых представляет потенциальную угрозу для здоровья или может прогрессировать с развитием ситуации, требующей экстренной медицинской помощи;</p> <p>третья группа (зеленая зона) – пациенты, состояние которых не представляет непосредственной угрозы для жизни и здоровья и не требует госпитализации</p> <p>Наличие записи в медицинской документации по определению пациента по группам медицинской сортировки по триаж-системе.</p>	
5	<p>Наличие медицинского заключения, выданного врачом приемного отделения с письменным обоснованием отказа при отсутствии показаний для госпитализации в организацию здравоохранения.</p> <p>Наличие актива, направленного медицинской сестрой приемного отделения в организацию ПМСП по месту прикрепления пациента</p>	значительное
6	<p>Наличие подтверждающих записей в медицинской документации о показаний для госпитализации:</p> <p>необходимость оказания доврачебной, квалифицированной, специализированной медицинской помощи, в том числе с применением высокотехнологичных медицинских услуг, с круглосуточным медицинским наблюдением пациентов:</p> <p>1) в плановом порядке – по направлению специалистов ПМСП или другой организации здравоохранения;</p> <p>2) по экстренным показаниям (включая выходные и праздничные дни) - вне зависимости от наличия направления</p>	значительное
7	<p>Наличие записей в медицинской документации о проведении осмотра тяжелых пациентов заведующим отделением в день госпитализации, в последующем – ежедневно. Пациенты, находящиеся в среднетяжелом состоянии, осматриваются не реже одного раза в неделю. Наличие результатов осмотра пациента зарегистрированных в медицинской карте с указанием рекомендаций по дальнейшей тактике</p>	значительное

	ведения пациента с обязательной идентификацией медицинского работника, вносящего записи	
8	Наличие записей в медицинской документации, подтверждающих проведение ежедневного осмотра лечащим врачом пациентов, находящихся в стационаре, кроме выходных и праздничных дней. Наличие соответствующих записей в медицинской карте при осмотре и назначении дежурным врачом дополнительных диагностических и лечебных манипуляций	значительное
9	Наличия обоснования в медицинской карте для динамической оценки состояния больного по клиническим протоколам диагностики и лечения при выявлении факта дополнительного и повторного проведения исследований, проведенных перед госпитализацией в организации ПМСП или другой организации здравоохранения, по медицинским показаниям	значительное
	Наличие подтверждающей документации о соблюдении следующих требований при выдаче листа и справки о временной нетрудоспособности по беременности и родам: - лист или справка о временной нетрудоспособности по беременности и родам выдается медицинским работником (врачом акушером-гинекологом), а при его отсутствии - врачом, совместно с заведующим отделением после заключения ВКК с тридцати недель беременности на срок продолжительностью сто двадцать шесть календарных дней (семьдесят календарных дней до родов и пятьдесят шесть календарных дней после родов) при нормальных родах. Женщинам, проживающим на территориях, подвергшихся воздействию ядерных испытаний, лист или справка о нетрудоспособности по беременности и родам выдается с двадцати семи недель продолжительностью сто семьдесят календарных дней (девяносто один календарный день до родов и семьдесят девять календарных дней после родов) при нормальных родах;	



2) женщинам, временно выехавшим с постоянного места жительства в пределах Республики Казахстан, лист или справка о временной нетрудоспособности по беременности и родам выдается (продлевается) в медицинской организации, где произошли роды или в женской консультации (кабинете) по месту наблюдения согласно выписке (обменной карты) родовспомогательной организации

3) в случае осложненных родов, рождении двух и более детей, лист или справка о временной нетрудоспособности продлевается дополнительно на четырнадцать календарных дней медицинским работником (врачом акушером-гинекологом), а при его отсутствии - врачом, совместно с заведующим отделением после заключения ВКК по месту наблюдения согласно выписке родовспомогательной организации здравоохранения. В этих случаях общая продолжительность дородового и послеродового отпусков составляет сто сорок календарных дней (семьдесят календарных дней до родов и семьдесят календарных дней после родов).

Женщинам, проживающим на территориях, подвергшихся воздействию ядерных испытаний, в случае осложненных родов, рождении двух и более детей, лист или справка о временной нетрудоспособности продлевается дополнительно на четырнадцать календарных дней, общая продолжительность дородового и послеродового отпусков составляет сто восемьдесят четыре дня (девятью один календарный день до родов и девятью три календарных дня после родов);

4) в случае родов при сроке от двадцати двух до двадцати девяти недель беременности и рождения ребенка с массой тела пятьсот грамм и более, прожившего более семи суток, женщине выдается лист или справка о нетрудоспособности по факту родов на семьдесят календарных дней после родов. В случае родов при сроке от двадцати двух до двадцати девяти недель беременности и рождения мертвого плода или ребенка с массой тела пятьсот

грамм и более, умершего до семи суток жизни, женщине выдается лист или справка о временной нетрудоспособности по факту родов на пятьдесят шесть календарных дней после родов;

5) женщинам, проживающим на территориях, подвергшихся воздействию ядерных испытаний, в случае родов при сроке от двадцати двух до двадцати девяти недель беременности и рождения ребенка с массой тела пятьсот грамм и более, прожившего более семи суток, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается на девяносто три календарных дня после родов.

Женщинам, проживающим на территориях, подвергшихся воздействию ядерных испытаний, в случае родов при сроке от двадцати двух до двадцати девяти недель беременности и рождения мертвого плода или ребенка с массой тела пятьсот грамм и более, умершего до семи суток жизни, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается на семьдесят девять календарных дней после родов;

б) при обращении женщины в период беременности за листом временной нетрудоспособности отпуск по беременности и родам исчисляется суммарно и предоставляется полностью независимо от числа дней, фактически использованных ею до родов.

При обращении женщины в период после родов за листом временной нетрудоспособности предоставляется только отпуск после родов продолжительностью, предусмотренной настоящим пунктом;

7) при наступлении беременности в период нахождения женщины в оплачиваемом ежегодном трудовом отпуске или отпуске без сохранения заработной платы по уходу за ребенком до достижения им трех лет, лист о временной нетрудоспособности выдается на все дни отпуска по беременности и родам, за исключением случаев, предусмотренных частью второй подпункта б) настоящего пункта;

8) в случае смерти матери при родах или в послеродовом периоде, лист или справка о временной нетрудоспособности

значительное

выдается лицу, осуществляющему уход за новорожденным;

9) при операции по искусственному прерыванию беременности, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается врачом совместно с заведующим отделением на время пребывания в стационаре и амбулаторно-поликлиническом уровне, где производилась операция, а в случае осложнения - на весь период временной нетрудоспособности.

При самопроизвольном аборте (выкидыше) выдается лист или справка о временной нетрудоспособности на весь период временной нетрудоспособности;

10) при проведении операции пересадки эмбриона лист или справка о временной нетрудоспособности выдается медицинской организацией, проводившей операцию, со дня подсадки эмбриона до факта установления беременности.

Лицам, усыновившим (удочерившим) новорожденного ребенка (детей), а также биологической матери при суррогатном материнстве непосредственно из родильного дома лист или справка о временной нетрудоспособности выдается , со дня усыновления (удочерения) и до истечения пятидесяти шести календарных дней со дня рождения ребенка

Наличие медицинской документации о соблюдении следующих требований при проведении экспертизы временной нетрудоспособности, выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности (форма № 001/у " Медицинская карта стационарного пациента", форма 052/у "Медицинская карта амбулаторного пациента", корешки листов о временной нетрудоспособности пациентов, форма № 025/у "Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии", форма № 029/у "Книга регистрации листов о временной нетрудоспособности" , форма № 037/у "Справка №\_\_\_\_\_ о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу , детскую дошкольную организацию (

нужное подчеркнуть)", форма № 038/у "Справка № \_\_\_\_\_ о временной нетрудоспособности" и другие):.

1) наличие осмотра лица и записи данных о его состоянии здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) пациента, обосновывающей необходимость временного освобождения его от работы;

2) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности в день выписки лиц при стационарном лечении (включая дневные стационары, реабилитационные центры) на весь период стационарного лечения;

3) закрытие листа и справки о временной нетрудоспособности датой выписки из стационара если трудоспособность лиц полностью восстановлена;

4) продление лицам, продолжающим быть временно нетрудоспособными листа и справки о временной нетрудоспособности на срок, с учетом времени, необходимого для его явки к медицинскому работнику поликлиники или вызова медицинского работника на дом (но не более чем на один календарный день). Лицам, получавшим лечение за пределами региона проживания, учитывается время, необходимое для прибытия к месту его постоянного проживания (но не более чем на четыре календарных дня);

5) выдача справки о временной нетрудоспособности при травмах, полученных в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также при острой алкогольной или наркотической интоксикации, на весь период временной нетрудоспособности;

6) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам, страдающим психическими заболеваниями, при несвоевременном обращении в медицинскую организацию за прошедшие дни по заключению врачебно-консультативной комиссии психоневрологического диспансера или медицинского работника (врача-психиатра) совместно с руководителем медицинской организации ;

7) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам,

значительное

	<p>направленным по решению суда на судебно-медицинскую или судебно-психиатрическую экспертизу и признанных нетрудоспособными со дня поступления на экспертизу;</p> <p>8) выдачи одновременно листа и справки о временной нетрудоспособности лицу, совмещающему обучение с работой.</p>	
12	Наличие информированного письменного согласия пациента на переливание компонентов крови	значительное
13	<p>Наличие записей в медицинской документации о соблюдении требований к переливанию компонентов крови.</p> <p>Перед переливанием компонентов крови реципиент обследуется на маркеры гемотрансмиссивных инфекций ВИЧ, гепатиты В и С, а после окончания лечения в выписном эпикризе указывается необходимость повторного обследования на ВИЧ и гепатиты В и С по месту жительства. Обследование реципиентов на наличие ВИЧ-инфекции в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи осуществляется в государственных организациях здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции</p>	Грубое
	<p>Наличие документации о соблюдении следующих действий при проведении патологоанатомического вскрытия:</p> <p>1) проведение патологоанатомического вскрытия трупов после констатации врачами биологической смерти, после предоставления медицинской карты стационарного пациента или медицинской карты амбулаторного пациента с письменным распоряжением главного врача или его заместителя по медицинской (лечебной) части организации здравоохранения о направлении на патологоанатомическое вскрытие;</p> <p>2) передача медицинской карты стационарного пациента или медицинской карты амбулаторного пациента с внесенным в нее патологоанатомическим диагнозом в медицинский архив организации здравоохранения не позднее десяти рабочих дней после патологоанатомического вскрытия;</p>	

- 3) проведение клинико-патологоанатомического разбора в случаях смерти пациентов в организациях здравоохранения;
- 4) организация главным врачом и заведующим патологоанатомического отделения вирусологического (иммунофлюоресцентного) и бактериологического исследования материалов вскрытия трупов в случаях подозрения на инфекционные заболевания;
- 5) передача в патологоанатомические бюро, централизованные патологоанатомические отделения и патологоанатомические отделения медицинских карт стационарных пациентов на всех умерших за предшествующие сутки не позднее 10 часов утра дня, следующего после установления факта смерти
- 6) оформление результатов патологоанатомического вскрытия в виде патологоанатомического диагноза (патологоанатомический диагноз включает: основное заболевание, осложнение основного заболевания, сопутствующее заболевание, комбинированное основное заболевание);
- 7) оформление: - медицинского свидетельства о смерти (предварительное, окончательное) врачом по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" в день проведения патологоанатомического вскрытия;  
- медицинского свидетельства о перинатальной смерти (предварительное, окончательное) врачом по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" в день проведения патологоанатомического вскрытия;
- 8) оформление результатов вскрытия в виде протокола патологоанатомического исследования;
- 9) наличие письменного уведомления в судебно-следственные органы для решения вопроса о передаче трупа на судебно-медицинскую экспертизу при обнаружении признаков насильственной смерти и прекращение проведения патологоанатомического исследования трупа;
- 10) наличие письменного извещения врача по специальности "патологическая

грубое

анатомия (взрослая, детская)" в случае первичного обнаружения во время вскрытия признаков острого инфекционного заболевания, пищевого или производственного отравления, необычной реакции на прививку, а также экстренное извещение в органы государственной санитарно-эпидемиологической службы, сразу же после их выявления;

11) проведение патологоанатомического исследования плаценты:

- при всех заболеваниях новорожденных, выявленных в момент рождения;
- в случаях, подозрительных на гемолитическую болезнь новорожденных;
- при раннем отхождении вод и при грязных водах;
- при заболеваниях матери, протекающих с высокой температурой в последний триместр беременности;
- при явной аномалии развития или прикрепления плаценты;
- при подозрении на наличие врожденных аномалий развития плода;
- при случаях преэклампсий, эклампсий

12) обязательная регистрация плода массой менее 500 граммов с антропометрическими данными (масса, рост, окружность головы, окружность грудной клетки);

13) установление патологоанатомического вскрытия в зависимости от сложности на следующие категории:

- первая категория;
- вторая категория;
- третья категория;
- четвертая категория;

14) установление врачом по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" категории патологоанатомического вскрытия и причины расхождения диагнозов при расхождении заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов;

15) наличие подробного анализа с определением профиля и категорий ятрогении во всех случаях ятрогенной патологии, выявленные в результате патологоанатомического вскрытия

Наличие подтверждающей документации о соблюдении следующих требований при организации акушерско-гинекологической помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне:

- 1) обеспечение ранней постановки на учет беременных, в день обращения в медицинскую организацию, без учета наличия статуса застрахованности;
- 2) медицинское обслуживание на дому беременных, родильниц, гинекологических пациентов и группы женщин фертильного возраста (далее – ЖФВ) социального риска, универсальное (обязательное) патронажное наблюдение беременной женщины в сроки до 12 недель и 32 недели беременности
- 3) диспансерное наблюдение беременных в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода с выделением женщин "по факторам риска";
- 4) проведение пренатального скрининга - комплексного обследования беременных женщин с целью выявления группы риска по хромосомной патологии и врожденным порокам развития внутриутробного плода;
- 5) выявление беременных, нуждающихся в своевременной госпитализации в дневные стационары, отделения патологии беременности медицинских организаций стационарного уровня, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь, профильные медицинские организации с экстрагенитальной патологией, с соблюдением принципов регионализации перинатальной помощи;
- 6) направление беременных, рожениц и родильниц для получения специализированной помощи с медицинским наблюдением, в том числе с применением высокотехнологичных медицинских услуг в медицинские организации республиканского уровня;
- 7) проведение дородового обучения беременных по подготовке к родам, в том числе к партнерским родам, информирование беременных о тревожных признаках, об эффективных



перинатальных технологиях, принципах безопасного материнства, грудного вскармливания и перинатального ухода;

8) проведение патронажа беременных и родильниц по показаниям;

9) консультирование и оказание услуг по вопросам планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья;

10) профилактика и выявление инфекций, передаваемых половым путем для направления к профильным специалистам;

11) обследование женщин фертильного возраста с назначением, при необходимости углубленного обследования с использованием дополнительных методов и привлечением профильных специалистов для своевременного выявления экстрагенитальной, гинекологической патологии и взятия их на диспансерный учет;

12) организация и проведение профилактических осмотров женского населения с целью раннего выявления экстрагенитальных заболеваний;

13) обследование и лечение гинекологических пациентов с использованием современных медицинских технологий;

14) диспансеризации гинекологических больных, включая реабилитацию и санаторно-курортное лечение;

15) выполнение малых гинекологических операций с использованием современных медицинских технологий;

16) проведение экспертизы о временной нетрудоспособности по беременности, родам и гинекологическим заболеваниям, определение необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, направления на медико-социальную экспертизу женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности;

17) двукратное обследование в течение беременности на ВИЧ-инфекцию с оформлением информированного согласия пациентки с фиксированием данных

Использование половых клеток, тканей репродуктивных органов реципиентом,

16	состоящим (состоящей) в браке (супружестве), осуществляется с письменного согласия обоих супругов.	незначительное
17	Наличие подтверждающей документации о рождении 10 (десяти) детей от одного донора 6 которых является основанием для прекращения использования этого донора для реципиентов.	значительное
18	Наличие подтверждающей документации о проведение донорства половых клеток, тканей репродуктивных органов у донора при соблюдении следующих условий: 1) донор свободно и сознательно в письменной форме выражает информированное согласие на проведение донорства половых клеток, тканей репродуктивных органов; 2) донор ооцитов информируется в письменной форме об осложнениях для ее здоровья в связи с предстоящим оперативным вмешательством; 3) донор проходит медико-генетическое обследование и имеется заключение врача-репродуктолога или врача-уроandroлога о возможности проведения донорства половых клеток, тканей репродуктивных органов.	значительное
19	Донорство ооцитов осуществляется при наличии письменного информированного согласия донора на проведение индукции суперовуляции либо в естественном цикле с соблюдением требований к донорам половых клеток, тканей репродуктивных органов и доноры ооцитов проходят медико-генетические обследования	значительное
	Наличие подтверждающей документации о проведении экстракорпорального оплодотворения (далее – ЭКО) с использованием донорских ооцитов проводится по показаниям: 1. Отсутствие ооцитов, обусловленное естественной менопаузой. 2. Синдром преждевременного истощения яичников, синдром резистентных яичников, состояние после овариэктомии, радиотерапии или химиотерапии. 3. Аномалии развития половых органов, отсутствие яичников.	

20	<p>4. Функциональная неполноценность ооцитов у женщин с наследственными заболеваниями, сцепленными с полом.</p> <p>5. Неудачные повторные попытки экстракорпорального оплодотворения при недостаточном ответе яичников на индукцию суперовуляции, неоднократном получении эмбрионов низкого качества, перенос которых не приводил к наступлению беременности.</p> <p>6. Резус - конфликт между мужчины и женщины.</p> <p>7. Аномалии в кариотипе у женщины.</p> <p>8. Близкородственные (кровнородственные) браки с рождением детей с пороками развития.</p> <p>9. Соматические заболевания, при которых противопоказана стимуляция яичников.</p>	грубое
21	Наличие подтверждающей документации о проведении врачом акушер-гинекологом (репродуктологом) работы с донорами, медицинский осмотр донора перед каждой процедурой забора донорского материала, осуществляет контроль своевременности проведения и результатов лабораторных исследований в соответствии с календарным планом обследования.	значительное
22	<p>Наличие подтверждающей документации о проведении донорства ооцитов по следующему алгоритму:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) выбор донора ооцитов (по индивидуальным критериям отбора и предпочтениям реципиента);</li> <li>2) обследование донора и реципиента;</li> <li>3) синхронизация менструальных циклов у донора и реципиента с помощью медикаментов в случае переноса эмбрионов в полость матки реципиента в стимулированном цикле донора;</li> <li>4) в процедуре переноса криоконсервированных эмбрионов синхронизация циклов не проводится;</li> <li>5) процедура забора ооцитов для использования реципиентам или криоконсервация для банка половых клеток.</li> </ol>	значительное
	Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований	

23	<p>по отказу в ЭКО с использованием донорских ооцитов при следующих противопоказаниях:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Соматические и психические заболевания, являющиеся противопоказаниями для вынашивания беременности и родов.</li> <li>2. Врожденные пороки развития или приобретенные деформации полости матки, при которых невозможна имплантация эмбрионов или вынашивание беременности.</li> <li>3. Опухоли яичников.</li> <li>4. Доброкачественные опухоли матки, требующие оперативного лечения.</li> <li>5. Острые воспалительные заболевания любой локализации.</li> <li>6. Злокачественные новообразования любой локализации</li> </ol>	грубое
24	<p>Наличие подтверждающей документации об использовании донорской спермы при проведении вспомогательных репродуктивных методов и технологий (далее - ВРТ). Перед сдачей спермы требуется половое воздержание в течение 3-5 дней. Получение спермы осуществляется путем мастурбации. Эякулят собирают в специальную стерильную, предварительно промаркированную емкость. Данная процедура проводится в специальном помещении, имеющем отдельный вход, соответствующий интерьер, санитарный узел с умывальником. При отсутствии донорской спермы в медицинской организации, либо по желанию пациента, используется донорская сперма из других организаций, имеющих банк донорской спермы.</p> <p>Применяется только криоконсервированная донорская сперма после получения повторных (через 6 месяцев после криоконсервации) отрицательных результатов анализов на ВИЧ, сифилис и гепатиты В и С.</p> <p>Применение криоконсервированной (замороженной) спермы обеспечивает:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) проведение мероприятий по профилактике передачи ВИЧ, сифилиса, гепатита и других инфекций, передающихся половым путем;</li> <li>2) исключение возможности встречи донора и реципиента.</li> </ol>	(значительное

	<p>Требования, предъявляемые к донорской сперме:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) объем эякулята более 1,5 миллилитров (далее - мл);</li> <li>2) концентрация сперматозоидов в 1 мл эякулята 15 миллионов и более; общее количество сперматозоидов во всем эякуляте 22,5 миллионов и более;</li> <li>3) доля прогрессивно-подвижных форм (А+В) 32% и более;</li> <li>4) доля морфологически-нормальных форм 4% и более (по строгим критериям Крюгера 14% и более);</li> <li>5) криотолерантность;</li> <li>6) тест, определяющий иммунокомпетентные тела поверхности сперматозоида (МАР-тест) – по показаниям.</li> </ol>	
25	<p>ЭКО с использованием донорской спермы проводится по показаниям</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Азооспермия, олигоастенозооспермия тяжелой степени, некроспермия, акинозооспермия, глобулозооспермия.</li> <li>2. Состояние после радиотерапии или химиотерапии.</li> <li>3. Аномалии развития репродуктивной системы.</li> <li>4. Отсутствие или функциональная неполноценность сперматозоидов у мужчин с наследственными заболеваниями, сцепленными с полом.</li> <li>5. Неудачные повторные попытки экстракорпорального оплодотворения при высоком индексе фрагментации ДНК (дезоксирибонуклеиновой кислоты) сперматозоидов и неоднократном получении эмбрионов низкого качества, перенос которых не приводил к наступлению беременности.</li> <li>6. Резус - конфликт между мужчины и женщины.</li> <li>7. Аномалии в кариотипе у мужчины.</li> </ol>	грубое
26	<p>Индивидуальная карта донора заполняется и кодируется врачом. Схема кодирования – свободная. Заявление донора и его индивидуальная карта хранятся в сейфе, как документы для служебного пользования.</p>	значительное
	<p>Наличие подтверждающей документации опровержении работы с донорами врачом-уроандрологом и врачом-эмбриологом. Врач организует</p>	

<p>27</p> <p>проведение медицинских осмотров донора, осуществляет контроль своевременности проведения и результатов лабораторных исследований в соответствии с календарным планом обследования.</p> <p>Врач-эмбриолог производит криоконсервацию и размораживание спермы, оценивает качество спермы до и после криоконсервации, обеспечивает необходимый режим хранения спермы, ведет учет материала.</p> <p>Регистрация донорской спермы осуществляется в журнале поступления донорской спермы и в карте прихода-расхода спермы донора.</p>	<p>значительное</p>
<p>28</p> <p>Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований, о том, что донорами эмбрионов являются пациенты процедуры ЭКО, у которых остаются в банке неиспользованные криоконсервированные эмбрионы. По свободному решению и письменному информированному согласию пациентов, эти эмбрионы утилизируются, либо безвозмездно передаются медицинской организации. Переданные в медицинскую организацию эмбрионы используются для безвозмездной донации бесплодной супружеской паре, женщинам (реципиентам), не состоящим в браке (супружестве).</p> <p>Эмбрионы для донации также получают в результате оплодотворения донорских ооцитов спермой донора.</p> <p>Пациенты информируются о том, что результативность процедуры с использованием оставшихся криоконсервированных эмбрионов пациентов процедуры ЭКО ниже, чем при использовании эмбрионов, полученных от донорских половых клеток. Реципиентам предоставляют фенотипический портрет доноров.</p> <p>ЭКО с использованием донорских эмбрионов проводится по показаниям:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Отсутствие ооцитов.</li> <li>2. Неблагоприятный медико-генетический прогноз.</li> <li>3. Неоднократное получение (более трех раз) эмбрионов низкого качества, перенос которых не приводил к наступлению беременности.</li> </ol>	<p>грубое</p>

	4. Невозможность получения или использования спермы, состоящих в браке (супружестве).	
29	Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований проведения вспомогательных репродуктивных методов и технологий	грубое
30	<p>Наличия подтверждающей документации выполнения следующих функции при оказании средними медицинскими работниками (акушеры, фельдшеры, медицинские сестры/братья) доврачебной помощи женщинам во время и вне беременности:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) самостоятельный прием и медицинский осмотр с целью определения состояния здоровья пациента, выявления заболеваний и осложнений беременности</li> <li>2) внесение данных в подсистему "Регистр беременных и женщин фертильного возраста" электронного портала "Регистр прикрепленного населения" с целью автоматизированного ведения групп беременных и женщин фертильного возраста (далее – ЖФВ) и мониторинга показателей состояния здоровья беременных и ЖФВ;</li> <li>3) оказание неотложной и экстренной доврачебной медицинской помощи беременным, родильницам и женщинам фертильного возраста при состояниях, угрожающих жизни и здоровью женщины по клиническими протоколами диагностики и лечения;</li> <li>4) динамическое наблюдение за беременными с хроническими заболеваниями совместно с участковыми врачами и профильными специалистами;</li> <li>5) выполнение назначений врача акушер-гинеколога;</li> <li>6) ведение физиологической беременности и патронаж беременных и родильниц со своевременным предоставлением направлений и рекомендаций по клиническим протоколом диагностики и лечения;</li> <li>7) медицинское обслуживание на дому беременных, родильниц, гинекологических больных и группы ЖФВ социального риска;</li> <li>8) проведение профилактического медицинского осмотра женщин с целью</li> </ol>	грубое

	<p>раннего выявления предопухолевых и раковых заболеваний женских половых органов и других локализаций (кожи, молочных желез);</p> <p>9) проведение медицинского сестринского осмотра женщин всех возрастных групп, обратившихся за медицинской помощью;</p> <p>10) участие в проведении скрининговых и профилактических осмотров для выявления заболеваний</p>	
	<p>Наличие подтверждающей документации о соблюдении следующих требований при организации оказания акушерско-гинекологической помощи на стационарном уровне:</p> <p>1) оказание стационарной консультативно-диагностической, лечебно-профилактической и реабилитационной помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным;</p> <p>2) проведение совместного осмотра лечащего врача с заведующим отделения при поступлении беременных женщин до 36 недель беременности, страдающих хроническими заболеваниями, нуждающихся в лечении в специализированных отделениях многопрофильных стационаров, для оценки тяжести течения заболевания, течения беременности и тактики лечения.</p> <p>3) составление плана ведения беременности, родов и послеродового периода с учетом индивидуального подхода;</p> <p>4) ведение беременности, родов и послеродового периода по клиническим протоколам диагностики и лечения, а также по плану ведения;</p> <p>5) проведение консультирования беременных, рожениц и родильниц, осуществление контроля по соблюдению уровня оказания медицинской помощи;</p> <p>6) проведение реабилитационных мероприятий матерям и новорожденным, в том числе уход за недоношенными новорожденными;</p> <p>7) консультации по оказанию медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным с использованием телекоммуникационных систем;</p>	



- 8) осуществление экспертизы о временной нетрудоспособности, выдачи листа и справки временной нетрудоспособности по беременности и родам, гинекологическим больным;
- 9) оказание реанимационной помощи и интенсивной терапии матерям и новорожденным, в том числе с низкой и экстремально низкой массой тела;
- 10) осуществление медико-психологической помощи женщинам;
- 11) оповещение медицинских организаций более высокого уровня регионализации перинатальной помощи и местных органов государственного управления здравоохранением при выявлении в период поступления или нахождения в стационаре у беременной, роженицы, родильницы критического состояния;
- 12) соблюдение схемы оповещения в случае возникновения критических ситуаций у женщин;
- 13) транспортировка беременных, родильниц, рожениц в критическом состоянии на третий уровень перинатальной помощи, в областные и республиканские организации здравоохранения осуществляется по решению консилиума врачей с участием специалистов медицинской бригады медицинской авиации после восстановления гемодинамики и стабилизации жизненно важных функций с уведомлением принимающей медицинской организации;
- 14) при нетранспортабельном состоянии беременных, рожениц, родильниц осуществление вызова квалифицированных специалистов "на себя", оказание комплекса первичной реанимационной помощи при возникновении неотложных состояний, диагностика угрожающих состояний у матери и плода, решение вопроса о родоразрешении, проведение интенсивной и поддерживающей терапии до перевода на более высокий уровень

## Оказание медицинской помощи новорожденным

Наличие подтверждающей документации о соблюдении следующих требований при организации оказания медицинской

помощи новорожденным на стационарном уровне:

1) оказание медицинской помощи новорожденным по уровням регионализации перинатальной помощи в зависимости от показаний;

2) наличие в структуре организаций стационаров первого уровня регионализации перинатальной помощи: индивидуальных родильных палат, отделения для совместного пребывания матери и ребенка, прививочный кабинет, палаты интенсивной терапии для новорожденных, а также предусмотренные штатным расписанием ставка врача по специальности "Педиатрия (неонатология)" и круглосуточный пост неонатальной медицинской сестры;

3) наличие в стационарах второго уровня регионализации палат реанимации и интенсивной терапии новорожденных с полным набором для реанимации, аппаратами искусственной вентиляции легких с различными режимами вентиляции (постоянное положительное давление в дыхательных путях), кувезами, клинико-диагностической лабораторией, а также предусмотренного штатным расписанием круглосуточным постом (врач неонатолог и детская медицинская сестра);

4) Соблюдение в стационарах третьего уровня регионализации перинатальной помощи следующих требований:

наличие круглосуточного неонатального поста, клинической, биохимической и бактериологической лаборатории, отделения реанимации и интенсивной терапии для женщин и новорожденных, а также отделения патологии новорожденных и выхаживания недоношенных совместного пребывания с матерью.

наличие отделения интенсивной терапии новорожденных, отделения патологии новорожденных и выхаживания недоношенных, оснащенные современным лечебно-диагностическим оборудованием, лекарственными препаратами, круглосуточным постом (врачебный и сестринский), экспресс-лабораторией.

грубое

5) Соблюдение в стационарах первого уровня больному новорожденному следующих требований:  
первичная реанимационная помощь;  
интенсивная и поддерживающая терапия;  
оксигенотерапия;  
инвазивная или неинвазивная респираторная терапия;  
фототерапия;  
лечебная гипотермия;  
инфузионная терапия и/или парентеральное питание;  
лечение по клиническим протоколам диагностики и лечения.

Соблюдение в стационарах второго уровня больному новорожденному следующих требований:  
оказание первичной реанимационной помощи новорожденному и стабилизация состояния, выхаживание недоношенных детей с сроком гестации более 34 недель;  
катетеризация центральных вен и периферических сосудов;  
выявление и лечение врожденных пороков, задержки внутриутробного развития, гипогликемии новорожденных, гипербилирубинемии, неонатального сепсиса, поражения центральной нервной системы, респираторного дистресс-синдрома, пневмоторакса, некротического энтероколита и других патологических состояний неонатального периода;  
проведение интенсивной терапии, включающую коррекцию жизненно важных функций (дыхательной, сердечно-сосудистой, метаболических нарушений), инвазивной и неинвазивной респираторной терапии, инфузионной терапии и парентерального питания;  
при необходимости оказания высокоспециализированной помощи определяется степень готовности к транспортировке с матерью в организацию родовспоможения третьего уровня или учреждение республиканского значения

Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований оказания медицинской помощи новорожденным в медицинских организациях третьего уровня:

33	<p>1) оказание первичной реанимации новорожденным и уход за новорожденными</p> <p>2) проведение интенсивной и поддерживающей терапии: респираторной терапии, катетеризацию центральных вен и периферических сосудов, терапевтической гипотермии, парентерального питания, выхаживание недоношенных детей;</p> <p>3) диагностику и лечение врожденных пороков, задержки внутриутробного развития плода (малый вес к сроку гестации), гипогликемии новорожденных, неонатального сепсиса, респираторного дистресс-синдрома, гипербилирубинемии, некротического энтероколита, пневмоторакса, бронхолегочной дисплазии, персистирующей легочной гипертензии новорожденных, перинатальных поражений центральной нервной системы и других патологических состояний неонатального периода;</p> <p>4) проведение интенсивной и поддерживающей терапии, терапевтической гипотермии, парентерального питания;</p> <p>5) проведение инвазивной и не инвазивной респираторной терапии;</p> <p>6) выхаживание недоношенных детей;</p> <p>7) оказание круглосуточной консультативной и лечебно-диагностической помощи специалистам первого и второго уровня регионализации, оказание экстренной и неотложной медицинской помощи с выездом в медицинскую организацию</p>	грубое
34	<p>Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований по обеспечению здоровому новорожденному основного ухода, включающий профилактику гипотермии с соблюдением "тепловой цепочки", кожный контакт с матерью или контакт "кожа-к-коже", раннее начало грудного вскармливания в течение первого часа (при наличии признаков готовности младенца), профилактика внутрибольничных инфекций</p>	значительное
	<p>Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований проведения антропометрии здорового</p>	

35	новорожденного, его полный осмотр и другие мероприятия через 2 часа после родов	значительное
36	Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований оказания неотложной медицинской помощи при выявлении нарушений состояния новорожденного, по показаниям перевод в палату интенсивной терапии или отделение реанимации новорожденных	грубое
37	Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований по наблюдению за матерью и здоровым новорожденным в родильной палате акушером в течение двух часов после рождения: 1) измерение температуры тела у новорожденного через 15 минут после рождения, затем – каждые 30 минут; 2) наблюдение у новорожденного за частотой сердцебиения и дыхания, характером дыхания (выявление экспираторного стопа, оценка степени втяжения нижних отделов грудной клетки), окраской кожных покровов, активностью сосательного рефлекса, при необходимости определяет сатурацию пульсоксиметром	значительное
38	Наличие подтверждающей документации о соблюдении перевода через 2 часа после рождения здорового новорожденного с матерью в отделение совместного пребывания матери и ребенка	значительное
39	Наличие подтверждающей документации о круглосуточном наблюдении медицинским персоналом и постоянное участие матери в осуществлении ухода за ребенком, за исключением случаев состояний матери средней и тяжелой степеней тяжести в послеродовом отделении в палатах совместного пребывания матери и ребенка	значительное
40	Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований по динамическому наблюдению за новорожденным со своевременным выявлением нарушений состояния новорожденного, проведением необходимого обследования, осмотром заведующим отделением, организация консилиума для уточнения тактики ведения. Оказание по показаниям	грубое

	неотложной медицинской помощи, своевременный перевод в палату интенсивной терапии или отделение реанимации новорожденных	
41	<p>Соблюдение требований к медицинским работникам в палатах совместного пребывания матери и ребенка:</p> <p>1) наличие записи в медицинских документах о проведенных консультациях о преимуществах грудного вскармливания, о технике и кратности сцеживания грудного молока ручным способом, проведение визуальной оценки грудного вскармливания для предоставления практической помощи в правильном расположении и прикладывании ребенка к груди матери во избежание таких состояний как трещины сосков или лактостаз;</p> <p>2) наличие записи в медицинских документах об обучении матери (родителя или законного представителя) альтернативным методам кормления детей при наличии противопоказаний к грудному вскармливанию; консультации родильниц как поддерживать лактацию в случаях отдельного пребывания новорожденных</p>	значительное
42	Наличие записи в медицинской документации об ежедневном осмотре новорожденных врачом-неонатологом, консультации матерей по вопросам ухода, профилактики гипотермии и вакцинации	значительное
43	Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований по организации консультации профильными специалистами, с проведением лечебно-диагностических мероприятий и предоставлением матери рекомендаций по обследованию, лечению и реабилитации при наличии трех и более микроаномалий развития или выявлении врожденной патологии новорожденных	грубое
44	Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований оказания медицинской помощи в случае возникновения неотложных состояний у новорожденного (асфиксия, респираторный дистресс-синдром и другие) стабилизация его состояния и определение степени готовности к	грубое

	транспортировке с матерью в организацию родовспоможения второго или третьего уровней	
45	Наличие подтверждающей документации о проведении вакцинации новорожденных на основании добровольного информированного согласия родителей (матери, отца или законных представителей) на проведение профилактических прививок в сроки проведения профилактических прививок в Республике Казахстан.	грубое
46	Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований проведения всем новорожденным перед выпиской неонатального скрининга с целью выявления фенилкетонурии, врожденного гипотиреоза и аудиологический скрининг	грубое
47	Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований проведения врачом неонатологом оценки тяжести состояния, стабилизации состояния, оценка степени готовности к транспортировке при возникновении неотложных состояний у новорожденного, и организация его перевода с матерью (по согласованию с акушером-гинекологом) в медицинскую организацию второго или третьего уровня	грубое
48	Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований при подозрении и (или) выявлении у новорожденного острой хирургической патологии, в экстренном порядке проведения консультации врача по специальности "Детская хирургия (неонатальная хирургия)". После стабилизации показателей витальных функций новорожденный наличие перевода в хирургическое отделение другой медицинской организации (детской или многопрофильной больницы) или в неонатальное (или детское) хирургическое отделение при его наличии в структуре медицинской организации родовспоможения для оказания ему соответствующей специализированной медицинской помощи	грубое
	Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований по переводу в стационар педиатрического профиля	

49	доношенных новорожденных после достижения возраста 28 суток или недоношенных новорожденных после достижения постконцептуального возраста 42 недели, нуждающихся в дальнейшем круглосуточном медицинском наблюдении	значительное
50	Наличие обязательного патологоанатомического исследования плода и плаценты при прерывании беременности по медицинским показаниям при подозрении на наличие врожденных аномалий развития у плода	грубое
51	Наличие документации о проведении клинико-патологоанатомического разбора всех случаев материнской и младенческой смерти после завершения всего комплекса патологоанатомических исследований	грубое
52	Наличие договора на оказание платных медицинских услуг в организациях здравоохранения. Наличие документов, устанавливающих факт сооплаты	грубое
53	Наличие медицинской документации о проведении консультации детского кардиолога (кардиохирурга) при выявлении врожденного порока развития сердечно-сосудистой системы в организациях родовспоможения, и при наличии медицинских показаний перевод новорожденного в профильный стационар	грубое
54	Наличие медицинской документации об использовании возможностей консультирования с профильными республиканскими организациями, посредством телемедицинской сети при сложности в верификации диагноза ребенка, определения тактики ведения. При необходимости осуществления перевода ребенка в профильные республиканские организации.	значительное
	Наличие документации (внутренние приказы, положения, протоколы, анкеты, аналитические справки) о проведении клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям: 1) качество сбора анамнеза, которое оценивается по следующим критериям: отсутствие сбора анамнеза;	



полнота сбора анамнеза;  
наличие данных о перенесенных, хронических и наследственных заболеваниях, проведенных гемотрансфузиях, переносимости лекарственных препаратов, аллергологический статус;  
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:  
отсутствие диагностических мероприятий ;  
неправильное заключение или отсутствие заключения по результатам проведенных диагностических исследований, приведшие к неправильной постановке диагноза и ошибкам в тактике лечения;  
проведение диагностических исследований, предусмотренных клиническими протоколами;  
проведение диагностических исследований с высоким, неоправданным риском для состояния здоровья пациента, обоснованность проведения диагностических исследований, не вошедших в клинические протокола;  
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:  
диагноз отсутствует, неполный или неправильный, не соответствует международной классификации болезней ;  
не выделен ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть течения

заболевания, не распознаны сопутствующие заболевания и осложнения;

диагноз правильный, но неполный, не выделен ведущий патологический синдром при выделенных осложнениях,

не распознаны сопутствующие заболевания, влияющие на исход;

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 (помощи);

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

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

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

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

мнение консультанта ошибочное и повлияло на исход заболевания.

Наличие подтверждающей документации о проведении оценки объективности причин несвоевременной консультации и влияния несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);

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

значительное

отсутствие лечения при наличии показаний;

назначение лечения при отсутствии показаний;

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

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

необоснованное 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, оцениваются 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:

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

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

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

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	
Требования для субъектов (объектов), оказывающих стационарную, стационарозамещающую помощь		
56	Наличие подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе	грубое
57	Наличие заключения о соответствии субъекта здравоохранения к предоставлению высокотехнологичной медицинской помощи	грубое
58	Наличие письменного добровольного согласия пациента либо его законного представителя при инвазивных вмешательствах и на проведение лечебно-диагностических мероприятий	значительное
59	Наличие подтверждающей документации (форма № 085/у "карта вызова бригады скорой медицинской помощи", журнал приема и отказов в госпитализации, форма № 001/у "медицинская карта стационарного пациента"), что пребывания бригады ССМП или отделения СМП при организации ПМСП в приемном отделении стационара не превышает 10 минут (время для передачи пациента врачу приемного отделения) с момента ее прибытия в стационар, за исключением случаев необходимости оказания скорой медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях. После передачи бригадами СМП или отделения СМП при организации ПМСП пациента в приемное отделение стационара медицинская сестра проводит распределение поступающих пациентов (медицинскую сортировку по триаж-системе) на группы, исходя из первоочередности оказания экстренной медицинской помощи. Медицинская сортировка по триаж-системе (далее- медицинская сортировка) проводится непрерывно и преемственно. По завершению оценки, пациенты помечаются цветом одной из	грубое

	<p>категорий сортировки, в виде специальной цветной бирки либо цветной ленты.</p> <p>По медицинской сортировке, выделяют 3 группы пациентов:</p> <p>первая группа (красная зона) – пациенты, состояние которых представляет непосредственную угрозу жизни или имеющие высокий риск ухудшения и требующие экстренной медицинской помощи;</p> <p>вторая группа (желтая зона) – пациенты, состояние которых представляет потенциальную угрозу для здоровья или может прогрессировать с развитием ситуации, требующей экстренной медицинской помощи;</p> <p>третья группа (зеленая зона) – пациенты, состояние которых не представляет непосредственной угрозы для жизни и здоровья и не требует госпитализации</p> <p>Наличие записи в медицинской документации по определению пациента по группам медицинской сортировки по триаж-системе.</p>	
60	<p>Наличие подтверждающей медицинской документации (форма №001/у " Медицинская карта стационарного пациента") о госпитализации тяжелого пациента, нуждающегося в постоянном мониторинге жизненно важных функций по медицинским показаниям, по решению консилиума и уведомлению руководителей организаций здравоохранения с последующим переводом в другую медицинскую организацию по профилю заболевания для дальнейшего обследования и лечения после стабилизации состояния</p>	значительное
61	<p>Наличие подтверждающей документации о медицинском заключении врача приемного отделения с письменным обоснованием отказа при отсутствии показаний для госпитализации в организацию здравоохранения (Журнал приема и отказов в госпитализации из медицинских информационных систем, справка по форме №027/у (отказы в госпитализации)).</p> <p>Медицинской сестрой приемного отделения направляется актив в организацию ПМСП по месту прикрепления пациента</p>	значительное

62	<p>Наличие записей в медицинской документации (Журнал приема пациентов и отказов в госпитализации из МИС, талоны плановой госпитализации, "Медицинская карта стационарного пациента" (форма №001/у) о показаний для госпитализации:</p> <p>необходимость оказания доврачебной, квалифицированной, специализированной медицинской помощи, в том числе с применением высокотехнологичных медицинских услуг, с круглосуточным медицинским наблюдением пациентов:</p> <p>1) в плановом порядке – по направлению специалистов ПМСП или другой организации здравоохранения;</p> <p>2) по экстренным показаниям (включая выходные и праздничные дни) - вне зависимости от наличия направления</p>	значительное
63	<p>Наличие подтверждающей медицинской документации (форма № 001/у "Медицинская карта стационарного пациента") о проведении осмотра заведующим отделением тяжелых пациентов в день госпитализации, в последующем – ежедневно. Пациенты, находящиеся в среднетяжелом состоянии, осматриваются не реже одного раза в неделю. Результаты осмотра пациента регистрируются в медицинской карте с указанием рекомендаций по дальнейшей тактике ведения пациента с обязательной идентификацией медицинского работника, вносящего записи</p>	значительное
64	<p>Наличие установленного клинического диагноза совместно с заведующим отделением не позднее трех календарных дней со дня госпитализации пациента в организацию здравоохранения в форме № 001/у "Медицинской карте стационарного пациента".</p>	значительное
	<p>Наличие подтверждающей документации (форма № 001/у "Медицинская карта стационарного пациента") о проведении ежедневного осмотра лечащего врача пациентов, находящихся в стационаре кроме выходных и праздничных дней. При осмотре и назначении дежурным врачом дополнительных диагностических и лечебных манипуляций проводятся соответствующие записи в медицинской карте. При ухудшении состояния</p>	

65	<p>пациента дежурный врач оповещает заведующего отделением и (или) лечащего врача, согласовывает внесение изменений в процесс диагностики и лечения, и делает запись в медицинской карте (бумажный и (или) электронный) вариант.</p> <p>В электронный вариант медицинской карты запись вносится не позднее суток с момента изменения состояния пациента.</p> <p>При неотложных состояниях кратность записей зависит от динамики тяжести состояния. Записи врача стационара отражают конкретные изменения в состоянии пациента и необходимость коррекции назначений, обоснование назначенного обследования и лечения, оценку и интерпретацию полученных результатов и эффективности проводимого лечения. Кратность осмотра при неотложных состояниях не реже каждые 3 часов, с указанием времени оказания неотложной помощи по часам и минутам.</p>	значительное
66	<p>Соблюдение требований при плановой госпитализации:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) наличие направления на госпитализацию в стационар и талона плановой госпитализации;</li> <li>2) госпитализация пациента в соответствии с установленной датой плановой госпитализации в направлении;</li> <li>3) наличие проведенных клинико-диагностических (лабораторных, инструментальных и функциональных) исследований и консультаций профильных специалистов соответственно диагнозу выписки из медицинской карты амбулаторного пациента форма № 052/у.</li> </ol>	значительное
67	<p>Наличие медицинской документации о проведении консультаций или консилиума при затруднении в идентификации диагноза, неэффективности проводимого лечения, а также при иных показаниях</p>	грубое
	<p>Наличие медицинской документации о соблюдении критериев при выписке, в частности:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) общепринятые исходы лечения (выздоровление, улучшение, без перемен, смерть, переведен в другую медицинскую организацию);</li> </ol>	

68	<p>2) письменное заявление пациента или его законного представителя при отсутствии непосредственной опасности для жизни пациента или для окружающих;</p> <p>3) случаи нарушения внутреннего распорядка организации здравоохранения, а также создание препятствий для лечебно-диагностического процесса, ущемления прав других пациентов на получение надлежащей медицинской помощи (при отсутствии непосредственной угрозы его жизни), о чем делается запись в медицинской карте.</p>	значительное
69	<p>Наличие выдачи выписного эпикриза пациенту на руки при выписке с указанием полного клинического диагноза, проведенного объема диагностических исследований, лечебных мероприятий и рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению. Данные по выписке заносятся в информационные системы день в день, с указанием фактического времени выписки.</p>	незначительное
70	<p>Наличие документации о соблюдении требований к переливанию компонентов крови и в случае развития осложнений (приказы о создании комиссии, алгоритм взаимодействия сотрудников, " Медицинская карта стационарного пациента" форма № 001/у):</p> <p>Перед переливанием компонентов крови реципиент обследуется на маркеры гемотрансмиссивных инфекций ВИЧ, гепатиты В и С, а после окончания лечения в выписном эпикризе указывается необходимость повторного обследования на ВИЧ и гепатиты В и С по месту жительства.</p> <p>Обследование реципиентов на наличие ВИЧ-инфекции в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи осуществляется в государственных организациях здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции</p> <p>В медицинскую карту пациента до начала трансфузионной терапии вносятся сведения, касающиеся трансфузионного и акушерского анамнеза:</p>	грубое



	<p>наличие предшествующих переливаний, когда и в связи с чем;</p> <p>имелись ли посттрансфузионные осложнения, беременности, закончившиеся рождением детей с гемолитической болезнью новорожденного.</p> <p>В случае развития осложнений во время биологической пробы, во время переливания или после него, производится подробная запись (записи) с описанием состояния реципиента, данных мониторинга жизненно важных функций, методов лечения и их эффективности.</p> <p>Проводится немедленный лабораторный контроль крови и мочи реципиента.</p>	
71	<p>Наличие подтверждающей медицинской документации о показаниях для госпитализации в дневной стационар при амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения и в стационар на дому:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) обострение хронических заболеваний, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения;</li> <li>2) активное плановое оздоровление группы пациентов с хроническими заболеваниями, подлежащими динамическому наблюдению;</li> <li>3) долечивание пациента на следующий день после курса стационарного лечения по медицинским показаниям;</li> <li>4) проведение курсов медицинской реабилитации второго и третьего этапа;</li> <li>5) паллиативная помощь;</li> <li>6) орфанные заболевания у детей, сопряженных с высоким риском инфекционных осложнений и требующих изоляции в период сезонных вирусных заболеваний, для получения регулярной заместительной ферментативной и антибактериальной терапии.</li> </ol> <p>Наличие показаний для госпитализации в дневной стационар при круглосуточном стационаре являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) проведение операций и вмешательств со специальной предоперационной подготовкой и реанимационной поддержкой;</li> <li>2) проведение сложных диагностических исследований, требующих специальной предварительной подготовки, а также не</li> </ol>	<p>значительное</p>

д о с т у п н ы х в  
амбулаторно-поликлинических  
организациях здравоохранения;

- 3) наблюдение пациентов, лечение которых связано с переливанием препаратов крови, внутривенных вливаний кровезамещающих жидкостей, специфической гипосенсибилизирующей терапии, инъекций сильнодействующих препаратов, внутрисуставных введений лекарственных средств;
- 4) долечивание на следующий день после стационарного лечения при наличии показаний к ранней выписке после оперативного лечения;
- 5) паллиативная помощь;
- 6) химиотерапия, лучевая терапия, коррекция патологических состояний, возникших после проведения специализированного лечения онкологическим пациентам

Наличие медицинской документации об обследовании лиц по клиническим показаниям на ВИЧ-инфекции при выявлении следующих заболеваний, синдромов и симптомов:

- 1) увеличение двух и более лимфатических узлов длительностью более 1 месяца, персистирующая, генерализованная лимфаденопатия;
- 2) лихорадка неясной этиологии (постоянная или рецидивирующая длительностью более 1 месяца);
- 3) необъяснимая тяжелая кахексия или выраженные нарушения питания, плохо поддающиеся стандартному лечению (у детей), необъяснимая потеря 10% веса и более;
- 4) хроническая диарея в течение 14 суток и более (у детей), необъяснимая хроническая диарея длительностью более месяца;
- 5) себорейный дерматит, зудящая папулезная сыпь (у детей);
- 6) ангулярный хейлит;
- 7) рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей (синусит, средний отит, фарингит, трахеит, бронхит);
- 8) опоясывающий лишай;
- 9) любой диссеминированный эндемический микоз, глубокие микозы (кокцидиоидоз, внелегочный криптококкоз (криптококковый менингит

), споротрихоз, аспергиллез, изоспороз, внелегочной гистоплазмоз, стронгилоидоз, актиномикоз);

10) туберкулез легочный и внелегочный, в том числе диссеминированная инфекция, вызванная атипичными микобактериями, кроме туберкулеза периферических лимфоузлов;

11) волосатая лейкоплакия полости рта, линейная эритема десен;

12) тяжелые затяжные рецидивирующие пневмонии и хронические бронхиты, не поддающиеся обычной терапии (кратностью два или более раз в течение года), бессимптомная и клинически выраженная лимфоидная интерстициальная пневмония;

13) сепсис, затяжные и рецидивирующие гнойно-бактериальные заболевания внутренних органов (пневмония, эмпиема плевры, менингит, менингоэнцефалиты, инфекции костей и суставов, гнойный миозит, сальмонеллезная септицемия (кроме *Salmonella typhi*), стоматиты, гингивиты, периодонтиты);

14) пневмоцистная пневмония;

15) инфекции, вызванные вирусом простого герпеса, с поражением внутренних органов и хроническим (длительностью более одного месяца с момента заболевания) поражением кожи и слизистых оболочек, в том числе глаз;

16) кардиомиопатия;

17) нефропатия;

18) энцефалопатия неясной этиологии;

19) прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия;

20) саркома Капоши;

21) новообразования, в том числе лимфома (головного мозга) или В-клеточная лимфома;

22) токсоплазмоз центральной нервной системы;

23) кандидоз пищевода, бронхов, трахеи, легких, слизистых оболочек полости рта и носа;

24) диссеминированная инфекция, вызванная атипичными микобактериями;

25) кахексия неясной этиологии;

26) затяжные рецидивирующие пиодермии, не поддающиеся обычной терапии;

	<p>27) тяжелые хронические воспалительные заболевания женской половой сферы неясной этиологии;</p> <p>28) инвазивные новообразования женских половых органов;</p> <p>29) мононуклеоз через 3 месяцев от начала заболевания;</p> <p>30) инфекции, передающихся половым путем (сифилис, хламидиоз, трихомониаз, гонорея, генитальный герпес, вирусный папилломатоз и другие) с установленным диагнозом;</p> <p>31) вирусные гепатиты В и С, при подтверждении диагноза;</p> <p>32) обширные сливные кондиломы;</p> <p>33) контагиозный моллюск с обширными высыпаниями, гигантский обезображивающий контагиозный моллюск;</p> <p>34) первичное слабоумие у ранее здоровых лиц;</p> <p>35) больные гемофилией и другими заболеваниями, систематически получающие переливание крови и ее компонентов;</p> <p>36) генерализованная цитомегаловирусная инфекция.</p>	
73	Наличие договора на оказание платных медицинских услуг в организациях здравоохранения. Наличие документов, устанавливающих факт сооплаты	грубое
	<p>Наличие медицинской документации о соблюдении следующих требований при проведении экспертизы временной нетрудоспособности, выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности (форма № 001/у "Медицинская карта стационарного пациента", форма 052/у "Медицинская карта амбулаторного пациента", корешки листов о временной нетрудоспособности пациентов, форма № 025/у "Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии", форма № 029/у "Книга регистрации листов о временной нетрудоспособности", форма № 037/у "Справка № _____ о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детскую дошкольную организацию (</p>	

нужное подчеркнуть)", форма № 038/у "Справка № \_\_\_\_\_ о временной нетрудоспособности" и другие):.

- 1) наличие осмотра лица и записи данных о его состоянии здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного, обосновывающей необходимость временного освобождения его от работы;
- 2) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности в день выписки лиц при стационарном лечении (включая дневные стационары, реабилитационные центры) на весь период стационарного лечения;
- 3) закрытие листа и справки о временной нетрудоспособности датой выписки из стационара если трудоспособность лиц полностью восстановлена;
- 4) продление лицам, продолжающим быть временно нетрудоспособными листа и справки о временной нетрудоспособности на срок, с учетом времени, необходимого для его явки к медицинскому работнику поликлиники или вызова медицинского работника на дом (но не более чем на один календарный день). Лицам, получавшим лечение за пределами региона проживания, учитывается время, необходимое для прибытия к месту его постоянного проживания (но не более чем на четыре календарных дня);
- 5) выдача справки о временной нетрудоспособности при травмах, полученных в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также при острой алкогольной или наркотической интоксикации, на весь период временной нетрудоспособности;
- 6) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам, страдающим психическими заболеваниями, при несвоевременном обращении в медицинскую организацию за прошедшие дни по заключению врачебно-консультативной комиссии психоневрологического диспансера или медицинского работника (врача-психиатра) совместно с руководителем медицинской организации ;
- 7) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам,

значительное

направленным по решению суда на судебно-медицинскую или судебно-психиатрическую экспертизу и признанных нетрудоспособными со дня поступления на экспертизу;

8) выдачи одновременно листа и справки о временной нетрудоспособности лицу, совмещающему обучение с работой.

Наличие документации (внутренние приказы, положения, протоколы, анкеты, аналитические справки) о проведении клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям:

1) качество сбора анамнеза, которое оценивается по следующим критериям:  
отсутствие сбора анамнеза;  
полнота сбора анамнеза;  
наличие данных о перенесенных, хронических и наследственных заболеваниях, проведенных гемотрансфузиях, переносимости лекарственных препаратов, аллергологический статус;  
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:  
отсутствие диагностических мероприятий ;  
неправильное заключение или отсутствие заключения по результатам проведенных диагностических исследований, приведшие к неправильной постановке диагноза и ошибкам в тактике лечения;  
проведение диагностических исследований, предусмотренных клиническими протоколами;  
проведение диагностических исследований с высоким, неоправданным риском для состояния здоровья пациента, обоснованность проведения диагностических исследований, не вошедших в клинические протокола;  
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: диагноз отсутствует, неполный или неправильный, не соответствует международной классификации болезней ;

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

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

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 (помощи);

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

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

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

значительное

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

мнение консультанта ошибочное и повлияло на исход заболевания.

Наличие подтверждающей документации о проведении оценки объективности причин несвоевременной консультации и влияния несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);

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

отсутствие лечения при наличии показаний;

назначение лечения при отсутствии показаний;

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

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

необоснованное 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, оцениваются 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:

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

отсутствие клинического эффекта лечебных и профилактических



	<p>мероприятий вследствие некачественного сбора анамнеза и проведения диагностических исследований;</p> <p>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;</p> <p>наличие полипрагмазии, обусловившее развитие нежелательных последствий;</p> <p>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</p>	
	<p>Наличие документации о соблюдении следующих действий при проведении патологоанатомического вскрытия:</p> <p>1) проведение патологоанатомического вскрытия трупов после констатации врачами биологической смерти, после предоставления медицинской карты стационарного пациента или медицинской карты амбулаторного пациента с письменным распоряжением главного врача или его заместителя по медицинской (лечебной) части организации здравоохранения о направлении на патологоанатомическое вскрытие;</p> <p>2) оформление результатов патологоанатомического вскрытия в виде патологоанатомического диагноза (патологоанатомический диагноз включает: основное заболевание, осложнение основного заболевания, сопутствующее заболевание, комбинированное основное заболевание);</p> <p>3) передача медицинской карты стационарного пациента или медицинской карты амбулаторного пациента с внесенным в нее патологоанатомическим диагнозом в медицинский архив организации</p>	

здравоохранения не позднее десяти рабочих дней после патологоанатомического вскрытия;

4) проведение клинико-патологоанатомического разбора в случаях смерти больных в организациях здравоохранения;

5) патологоанатомическое вскрытие при подозрениях на острые инфекционные, онкологические заболевания, патологию детского возраста, летальный исход в связи с медицинскими манипуляциями в целях установления причины смерти и уточнения диагноза заболевания со смертельным исходом;

6) организация главным врачом и заведующим патологоанатомического отделения вирусологического (иммунофлуоресцентного) и бактериологического исследования материалов вскрытия трупов в случаях подозрения на инфекционные заболевания;

7) передача в патологоанатомическое бюро, централизованное патологоанатомическое бюро и патологоанатомическое отделение медицинских карт стационарных пациентов на всех умерших за предшествующие сутки не позднее 10 часов утра дня, следующего после установления факта смерти;

8) оформление:

- медицинского свидетельства о смерти (предварительное, окончательное) врачом по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" в день проведения патологоанатомического вскрытия;

- медицинского свидетельства о перинатальной смерти (предварительное, окончательное) врачом по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" в день проведения патологоанатомического вскрытия;

9) оформление результатов вскрытия в виде протокола патологоанатомического исследования; 10) наличие письменного уведомления в судебно-следственные органы для решения вопроса о передаче трупа на судебно-медицинскую экспертизу при обнаружении признаков

грубое

насильственной смерти и прекращение проведения патологоанатомического исследования трупа;

11) наличие письменного извещения врача по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" в случае первичного обнаружения во время вскрытия признаков острого инфекционного заболевания, пищевого или производственного отравления, необычной реакции на прививку, а также экстренное извещение в органы государственной санитарно-эпидемиологической службы, сразу же после их выявления;

12) проведение патологоанатомического исследования плаценты:

- в случае мертворождения;
- при всех заболеваниях новорожденных, выявленных в момент рождения;
- в случаях, подозрительных на гемолитическую болезнь новорожденных;
- при раннем отхождении вод и при грязных водах;
- при заболеваниях матери, протекающих с высокой температурой в последний триместр беременности;
- при явной аномалии развития или прикрепления плаценты;
- при подозрении на наличие врожденных аномалий развития плода;
- при случаях преэклампсий, эклампсий

13) обязательная регистрация плода массой менее 500 граммов с антропометрическими данными (масса, рост, окружность головы, окружность грудной клетки);

14) установление патологоанатомического вскрытия в зависимости от сложности на следующие категории:

- первая категория;
- вторая категория;
- третья категория;
- четвертая категория;

15) установление врачом по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" категории патологоанатомического вскрытия и причины расхождения диагнозов при

	<p>расхождении заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов</p> <p>16) наличие подробного анализа с определением профиля и категорий ятрогении во всех случаях ятрогенной патологии, выявленные в результате патологоанатомического вскрытия</p>	
77	Наличие письменного заявления супруга (супруги), близких родственников или законных представителей умершего либо письменного волеизъявления, данного лицом при его жизни для выдачи трупа без проведения патологоанатомического вскрытия, при отсутствии подозрения на насильственную смерть	значительное
78	Наличие записи медицинского работника в медицинской документации с последующим забором биологических материалов на определение содержания психоактивного вещества с занесением результатов в медицинскую карту при обнаружении признаков употребления психоактивных веществ во время обращения за медицинской помощи в организацию здравоохранения без вынесения Заключения медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения.	незначительное
79	Наличие медицинской документации о проведении лечебно-диагностических мероприятий, лекарственного обеспечения, организации лечебного питания и соответствующего ухода пациента с момента поступления в организацию здравоохранения ( Медицинская карта стационарного пациента" форма № 001/у)	значительное
80	Наличие медицинской документации об использовании возможностей консультирования с профильными республиканскими организациями, посредством телемедицинской сети при сложности в верификации диагноза ребенка, определения тактики ведения. При необходимости осуществляется перевод ребенка в профильные республиканские организации.	значительное
81	Наличие медицинской документации об обеспечении поддерживающего ухода ( поддержка адекватного кормления, поддержание водного баланса, контроля	значительное

	боли, ведение лихорадки, кислородотерапия)	
82	Наличие медицинской документации об использовании при наличии менее болезненных альтернативных способов лечения, не уступающих по эффективности, для избежания необоснованных болезненных процедур	значительное
83	Наличие медицинской документации о проведении ежедневного осмотра ребенка врачом, осмотр заведующего (при поступлении в первые сутки, повторно не менее 1 раза в неделю)	значительное
84	Наличие медицинской документации о соблюдении требований оказания анестезиологической и реаниматологической помощи: 1) оказание специализированной медицинской помощи пациентам в экстренном и плановом порядках, в том числе высокотехнологичные медицинские услуги; 2) определение метода анестезии, осуществление медикаментозной предоперационной подготовки и проведение разных методик анестезии при различных оперативных вмешательствах, родах, диагностических и лечебных процедурах; 3) наблюдение за состоянием больных в посленаркозном периоде в палатах " пробуждения" до восстановления сознания и стабилизации функции жизненно важных органов; 4) оценку степени нарушений функции жизненно важных органов и систем и проведение расширенного комплекса мероприятий по реанимации и интенсивной терапии при различных критических ситуациях, в том числе методами экстракорпоральной детоксикации, гипербарической оксигенации, электрокардиостимуляции; 5) интенсивное наблюдение ( экспресс-контроль состояния систем жизнеобеспечения, а также метаболизма с использованием методов лабораторной и функциональной диагностики, мониторинга дыхания и кровообращения) , полноценная и целенаправленная коррекция расстройств;	значительное

	<p>6) проведение реанимационных мер пациентам (при наличии показаний) в других отделениях;</p> <p>7) установление показаний для дальнейшего лечения больных в условиях ОАРИТ, а также перевод больных из ОАРИТ в профильные отделения после стабилизации функции жизненно важных органов с рекомендациями по лечению и обследованию на ближайшие сутки;</p> <p>8) консультирование врачей других отделений по вопросам практической анестезиологии и реаниматологии;</p> <p>9) анализ эффективности работы отделения и качества оказываемой медицинской помощи, разработка и проведение мероприятий по повышению качества оказания медицинской помощи и снижению летальности</p>	
85	Наличие медицинской документации о соответствии проведенных лечебных и диагностических мероприятий с рекомендациями клинических протоколов	значительное
86	Наличие медицинской документации об оказании первого этапа медицинской реабилитации по основному заболеванию (форма № 001/у "Медицинская карта стационарного пациента", "форма № 047/у" реабилитационная карта).	значительное
87	Наличие медицинской документации о проведении осмотра заведующим отделением при поступлении нейрохирургических больных и в последующем по необходимости заболеванию (Медицинская карта стационарного пациента форма № 001/у)	значительное
Требования для субъектов (объектов), оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (первичную медико-санитарную помощь и консультативно-диагностическую помощь)		
88	Наличие подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе	Грубое
89	Наличие письменного добровольного согласия пациента либо его законного представителя при инвазивных вмешательствах и на проведение лечебно-диагностических мероприятий	значительное

90	Наличие медицинской карты амбулаторного пациента о соответствии проведенных лечебных и диагностических мероприятий с рекомендациями клинических протоколов	значительное
91	Наличие документации о соблюдении следующих требований при организации и проведении врачебно-консультативной комиссии: 1) наличие приказа руководителя медицинской организации: - о создании врачебно-консультативной комиссии; - о составе, количестве членов (не менее трех врачей), - о работе и графике врачебно-консультативной комиссии 2) наличие заключения врачебно-консультативной комиссии	значительное
92	Наличие документации о соблюдении требований организациями первичной медико-санитарной помощи при проведении профилактических медицинских осмотров целевых групп населения: 1) наличие списков целевых групп лиц, подлежащих скрининговому осмотру; 2) обеспечение преемственности с профильными медицинскими организациями для проведения данных осмотров; 3) информирование населения о необходимости прохождения скрининговых исследований; 4) внесение данных о прохождении скрининговых исследований в медицинскую информационную систему; 5) проведение ежемесячного анализа проведенных скрининговых исследований с предоставлением информации в местные органы государственного управления здравоохранением до 5 числа месяца, следующим за отчетным числом месяца, следующим за отчетным.	значительное
	Наличие документации о соответствии уровней оказания медицинской реабилитации пациентам: 1) первичный уровень – медицинские организации первичной медико-санитарной помощи, имеющие в своей структуре кабинет/отделение	

93

реабилитации, дневной стационар и оказывающие медицинскую реабилитацию пациентам, состояние которых оценивается от 1 до 2-х баллов по Шкале реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ);

2) вторичный уровень – медицинские организации, имеющие в своей структуре специализированные отделения и (или) центры, осуществляющие медицинскую реабилитацию в амбулаторных, стационарозамещающих и стационарных условиях, оказывающие медицинскую реабилитацию пациентам, состояние которых оценивается от 2-х до 4-х баллов по ШРМ;

3) третичный уровень – специализированные медицинские организации, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую реабилитацию, в том числе с применением высокотехнологичных услуг, в амбулаторных, стационарозамещающих и стационарных условиях, пациентам, состояние которых оценивается от 2-х до 4-ти баллов по ШРМ.

значительное

Наличие документации о соответствии оказания противотуберкулезной помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне следующим требованиям:

1) проведение информационно-разъяснительной работы по профилактике, раннему выявлению туберкулеза;

2) планирование (формирование списков подлежащих лиц, оформление графика), организацию и проведение флюорографического обследования с оформлением в медицинской документации результатов обследования;

3) планирование (формирование списков подлежащих лиц, оформление графика), организацию и проведение туберкулинодиагностики детей и подростков с оформлением в медицинской документации результатов обследования, проведение обследования туберкулиноположительных детей);

4) направление на обследование лиц при подозрении на туберкулез по



диагностическому алгоритму обследования

- 5) направление к фтизиатру лиц с положительными результатами флюорографического обследования, детей и подростков с впервые выявленной положительной и гиперергической туберкулиновой пробой, с нарастанием туберкулиновой чувствительности на 6 мм и более, детей с побочными реакциями и осложнениями на прививку против туберкулеза;
- 6) планирование, организацию и проведение вакцинации против туберкулеза;
- 7) контролируемое лечение латентной туберкулезной инфекции (далее -ЛТИ) по назначению фтизиатра, в том числе в видеонаблюдаемом режиме;
- 8) обследование контактных;
- 9) амбулаторное непосредственно-контролируемое или видеонаблюдаемое лечение больных туберкулезом;
- 10) диагностика и лечение побочных реакций на противотуберкулезные препараты по назначению фтизиатра;
- 11) диагностика и лечение сопутствующих заболеваний;
- 12) ведение медицинских карт больных туберкулезом, находящихся на амбулаторном лечении, в том числе туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью;
- 13) регулярное внесение данных в Национальный регистр больных туберкулезом в пределах компетенции

грубое

Наличие документации о соблюдении требований оказания оказания онкологической помощи в форме амбулаторно-поликлинической помощи: формирование групп лиц с риском развития онкологических заболеваний; осмотр врачом с целью определения состояния пациента и установления диагноза;

лабораторное и инструментальное обследование пациента с целью постановки диагноза;

динамическое наблюдение за онкологическими больными;

отбор и направление на госпитализацию онкологических больных для получения

значительное

	<p>специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичных медицинских услуг;</p> <p>дообследование лиц с подозрением на ЗН с целью верификации диагноза;</p> <p>определение тактики ведения и лечения пациента;</p> <p>проведение амбулаторной противоопухолевой терапии;</p> <p>проведение амбулаторной противоопухолевой терапии</p>	
96 7	<p>Наличие обязательного конфиденциального медицинского обследования на наличие ВИЧ-инфекции лиц по клиническим и эпидемиологическим показаниям, включая половых партнеров беременных, лиц, обратившихся добровольно и анонимно</p>	значительное
97	<p>Наличие документации о соблюдении требований проведения следующих мероприятий врачом акушер-гинекологом при первичном обращении женщины по поводу беременности и при желании сохранить ее:</p> <p>1) наличие сбора анамнеза, наличие у беременной и родственников заболеваний (сахарный диабет, артериальная гипертензия, туберкулез, психические расстройства, онкологические заболевания и другие), рождение детей с врожденными пороками развития и наследственными болезнями;</p> <p>2) наличие отметки о перенесенных в детстве и в зрелом возрасте заболеваний (соматические и гинекологические), операции, переливания крови и ее компонентов;</p> <p>3) наличие группы "риска" по врожденной и наследственной патологии для направления к врачу по специальности "Медицинская генетика" (без ультразвукового скрининга и анализа материнских сывороточных маркеров) по следующим показаниям: возраст беременной женщины 37 лет и старше, наличие в анамнезе случаев прерывания беременности по генетическим показаниям и/(или) рождения ребенка с ВПР или хромосомной патологией,</p>	значительное

наличие в анамнезе случаев рождения ребенка (или наличие родственников) с моногенным наследственным заболеванием, наличие семейного носительства хромосомной или генной мутации, отягощенный акушерский анамнез (мертворождение, привычное невынашивание и другие);

4) наличие результата забора крови беременных женщин для анализа материнских сывороточных маркеров в первом триместре беременности и назначения ультразвукового скрининга в первом, втором и третьем триместрах беременности;

5) наличие записи особенностей репродуктивной функции;

6) наличие записи о состоянии здоровья супруга, группы крови и резус принадлежность;

7) наличие записи характера производства, где работают супруги, вредные привычки;

8) наличие осмотра для ранней постановки на учет беременных до 12 недель и регистрацию в день выявления беременности для своевременного обследования;

9) наличие противопоказаний к вынашиванию беременности;

10) наличие плана ведения с учетом выявленных факторов

Наличие документации о соблюдении требований врачом акушер-гинекологом по оказанию и организации акушерско-гинекологической помощи женщинам при беременности, после родов, предоставление услуг по планированию семьи и охране репродуктивного здоровья, а также профилактику, диагностику и лечение гинекологических заболеваний репродуктивной системы

1) наличие посещений для диспансерного наблюдения беременных в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода с выделением женщин "по факторам риска";

2) наличие результатов проведенного пренатального скрининга - комплексного обследования беременных женщин с целью выявления группы риска по

хромосомной патологии и врожденным порокам развития (далее – ВПР) внутриутробного плода;

3) своевременная госпитализация беременных, нуждающихся в госпитализации в дневные стационары, отделения патологии беременности медицинских организаций стационарного уровня, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь, профильные медицинские организации с экстрагенитальной патологией, с соблюдением принципов регионализации перинатальной помощи;

4) направления беременных, рожениц и родильниц для получения специализированной помощи с медицинским наблюдением, в том числе с применением высокотехнологичных медицинских услуг в медицинские организации республиканского уровня;

5) наличие записей о проведении дородового обучения беременных по подготовке к родам, в том числе к партнерским родам, наличие информирования беременных о тревожных признаках, об эффективных перинатальных технологиях, принципах безопасного материнства, грудного вскармливания и перинатального ухода;

6) проведения патронажа беременных и родильниц по показаниям;

7) консультирования и оказания услуг по вопросам планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья;

8) выявление инфекций, передаваемых половым путем для направления к профильным специалистам;

9) наличие обследования женщин фертильного возраста с назначением, при необходимости углубленного обследования с использованием дополнительных методов и привлечением профильных специалистов для своевременного выявления экстрагенитальной, гинекологической патологии и взятия их на диспансерный учет;

10) по результатам обследования женщина включение в группу динамического наблюдения женщин фертильного возраста в зависимости от состояния репродуктивного и соматического здоровья для

	<p>своевременной подготовки к планируемой беременности с целью улучшения исходов беременности для матери и ребенка;</p> <p>11) наличие проведения профилактических осмотров женского населения с целью раннего выявления экстрагенитальных заболеваний;</p> <p>12) наличие обследования и лечения гинекологических больных с использованием современных медицинских технологий;</p> <p>13) наличие выявленных и обследованных гинекологических больных для подготовки к госпитализации в специализированные медицинские организации;</p> <p>14) результаты диспансеризации гинекологических больных, включая реабилитацию и санаторно-курортное лечение;</p> <p>15) количество выполненных малых гинекологических операций с использованием современных медицинских технологий;</p> <p>16) списки беременных, родильниц и гинекологических больных по обеспечению преемственности взаимодействия в обследовании и лечении</p> <p>17) наличие проведения экспертизы временной нетрудоспособности по беременности, родам и гинекологическим заболеваниям, определение необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, направления на медико-социальную экспертизу женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности</p>	
99	Наличие результатов и дополнительных данных последующих осмотров и исследований в Индивидуальной карте беременной и родильницы и Обменной карте беременной и родильницы при каждом посещении беременной врача акушера-гинеколога	значительное
100	Наличие патронажа на дому акушеркой или патронажной медицинской сестрой беременных женщин, не явившихся на прием в течение 3 дней после назначенной даты	значительное

101	Наличие заключения врачебно-консультативной комиссии о возможном вынашивании беременности у женщин с противопоказаниями к беременности по экстрагенитальной патологии	значительное
102	Наличие договора на оказание платных медицинских услуг в организациях здравоохранения. Наличие документов, устанавливающих факт сооплаты	грубое
103	Наличие документации о соблюдении средним медицинским работником медицинского пункта организации образования следующих требований: 1) наличие единого списка обучающихся в организациях образования; 2) наличие списка обучающихся ( целевых групп), подлежащих скрининговым осмотрам; 3) организация и проведение иммунопрофилактики с последующим поствакцинальным наблюдением за привитым; 4) ведение контроля за соблюдением сроков прохождения обязательных медицинских осмотров всех сотрудников школы и работников пищеблока; 5) ведение учетно-отчетной документации	значительное
	Наличие медицинской документации о соблюдении следующих требований при проведении экспертизы временной нетрудоспособности, выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности (форма № 001/у " Медицинская карта стационарного пациента", форма 052/у "Медицинская карта амбулаторного пациента", корешки листов о временной нетрудоспособности пациентов, форма № 025/у "Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии", форма № 029/у "Книга регистрации листов о временной нетрудоспособности" , форма № 037/у "Справка №_____ о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу , детскую дошкольную организацию (	

нужное подчеркнуть)", форма № 038/у "Справка № \_\_\_\_\_ о временной нетрудоспособности" и другие):.

1) наличие осмотра лица и записи данных о его состоянии здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного, обосновывающей необходимость временного освобождения его от работы;

2) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности в день выписки лиц при стационарном лечении (включая дневные стационары, реабилитационные центры) на весь период стационарного лечения;

3) закрытие листа и справки о временной нетрудоспособности датой выписки из стационара если трудоспособность лиц полностью восстановлена;

4) продление лицам, продолжающим быть временно нетрудоспособными листа и справки о временной нетрудоспособности на срок, с учетом времени, необходимого для его явки к медицинскому работнику поликлиники или вызова медицинского работника на дом (но не более чем на один календарный день). Лицам, получавшим лечение за пределами региона проживания, учитывается время, необходимое для прибытия к месту его постоянного проживания (но не более чем на четыре календарных дня);

5) выдача справки о временной нетрудоспособности при травмах, полученных в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также при острой алкогольной или наркотической интоксикации, на весь период временной нетрудоспособности;

6) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам, страдающим психическими заболеваниями, при несвоевременном обращении в медицинскую организацию за прошедшие дни по заключению врачебно-консультативной комиссии психоневрологического диспансера или медицинского работника (врача-психиатра) совместно с руководителем медицинской организации ;

7) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам,

значительное

направленным по решению суда на судебно-медицинскую или судебно-психиатрическую экспертизу и признанных нетрудоспособными со дня поступления на экспертизу;

8) выдачи одновременно листа и справки о временной нетрудоспособности лицу, совмещающему обучение с работой.

Соблюдение следующих требований при выдаче листа и справки о временной нетрудоспособности по беременности и родам:

- лист или справка о временной нетрудоспособности по беременности и родам выдается медицинским работником (врачом акушером-гинекологом), а при его отсутствии - врачом, совместно с заведующим отделением после заключения ВКК с тридцати недель беременности на срок продолжительностью сто двадцать шесть календарных дней (семьдесят календарных дней до родов и пятьдесят шесть календарных дней после родов) при нормальных родах.

Женщинам, проживающим на территориях, подвергшихся воздействию ядерных испытаний, лист или справка о нетрудоспособности по беременности и родам выдается с двадцати семи недель продолжительностью сто семьдесят календарных дней (девяносто один календарный день до родов и семьдесят девять календарных дней после родов) при нормальных родах;

2) женщинам, временно выехавшим с постоянного места жительства в пределах Республики Казахстан, лист или справка о временной нетрудоспособности по беременности и родам выдается (продлевается) в медицинской организации, где произошли роды или в женской консультации (кабинете) по месту наблюдения согласно выписке (обменной карты) родовспомогательной организации

3) в случае осложненных родов, рождении двух и более детей, лист или справка о временной нетрудоспособности продлевается дополнительно на четырнадцать календарных дней медицинским работником (врачом акушером-гинекологом), а при его



отсутствии - врачом, совместно с заведующим отделением после заключения ВКК по месту наблюдения согласно выписке родовспомогательной организации здравоохранения. В этих случаях общая продолжительность дородового и послеродового отпусков составляет сто сорок календарных дней ( семьдесят календарных дней до родов и семьдесят календарных дней после родов ).

Женщинам, проживающим на территориях, подвергшихся воздействию ядерных испытаний, в случае осложненных родов, рождении двух и более детей, лист или справка о временной нетрудоспособности продлевается дополнительно на четырнадцать календарных дней, общая продолжительность дородового и послеродового отпусков составляет сто восемьдесят четыре дня ( девяносто один календарный день до родов и девяносто три календарных дня после родов );

4) в случае родов при сроке от двадцати двух до двадцати девяти недель беременности и рождения ребенка с массой тела пятьсот грамм и более, прожившего более семи суток, женщине выдается лист или справка о нетрудоспособности по факту родов на семьдесят календарных дней после родов.

В случае родов при сроке от двадцати двух до двадцати девяти недель беременности и рождения мертвого плода или ребенка с массой тела пятьсот грамм и более, умершего до семи суток жизни, женщине выдается лист или справка о временной нетрудоспособности по факту родов на пятьдесят шесть календарных дней после родов;

5) женщинам, проживающим на территориях, подвергшихся воздействию ядерных испытаний, в случае родов при сроке от двадцати двух до двадцати девяти недель беременности и рождения ребенка с массой тела пятьсот грамм и более, прожившего более семи суток, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается на девяносто три календарных дня после родов.

Женщинам, проживающим на территориях, подвергшихся воздействию

значительное

ядерных испытаний, в случае родов при сроке от двадцати двух до двадцати девяти недель беременности и рождения мертвого плода или ребенка с массой тела пятьсот грамм и более, умершего до семи суток жизни, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается на семьдесят девять календарных дней после родов;

б) при обращении женщины в период беременности за листом временной нетрудоспособности отпуск по беременности и родам исчисляется суммарно и предоставляется полностью независимо от числа дней, фактически использованных ею до родов.

При обращении женщины в период после родов за листом временной нетрудоспособности предоставляется только отпуск после родов продолжительностью, предусмотренной настоящим пунктом;

7) при наступлении беременности в период нахождения женщины в оплачиваемом ежегодном трудовом отпуске или отпуске без сохранения заработной платы по уходу за ребенком до достижения им трех лет, лист о временной нетрудоспособности выдается на все дни отпуска по беременности и родам, за исключением случаев, предусмотренных частью второй подпункта б) настоящего пункта;

8) в случае смерти матери при родах или в послеродовом периоде, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается лицу, осуществляющему уход за новорожденным;

9) при операции по искусственному прерыванию беременности, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается врачом совместно с заведующим отделением на время пребывания в стационаре и амбулаторно-поликлиническом уровне, где производилась операция, а в случае осложнения - на весь период временной нетрудоспособности.

При самопроизвольном аборте (выкидыше) выдается лист или справка о временной нетрудоспособности на весь период временной нетрудоспособности;

10) при проведении операции пересадки эмбриона лист или справка о временной

	<p>нетрудоспособности выдается медицинской организацией, проводившей операцию, со дня подсадки эмбриона до факта установления беременности.</p> <p>Лицам, усыновившим (удочерившим) новорожденного ребенка (детей), а также биологической матери при суррогатном материнстве непосредственно из родильного дома лист или справка о временной нетрудоспособности выдается , со дня усыновления (удочерения) и до истечения пятидесяти шести календарных дней со дня рождения ребенка</p>	
	<p>Наличие документации (внутренние приказы, положения, протоколы, анкеты, аналитические справки) о проведении клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям:</p> <p>1) качество сбора анамнеза, которое оценивается по следующим критериям: отсутствие сбора анамнеза; полнота сбора анамнеза; наличие данных о перенесенных, хронических и наследственных заболеваниях, проведенных гемотрансфузиях, переносимости лекарственных препаратов, аллергологический статус; развитие осложнений вследствие допущенных тактических ошибок при проведении лечебно-диагностических мероприятий из-за некачественного сбора анамнеза;</p> <p>2) полнота и обоснованность проведения диагностических исследований, которые оцениваются по следующим критериям: отсутствие диагностических мероприятий ; неправильное заключение или отсутствие заключения по результатам проведенных диагностических исследований, приведшие к неправильной постановке диагноза и ошибкам в тактике лечения; проведение диагностических исследований, предусмотренных клиническими протоколами; проведение диагностических исследований с высоким, неоправданным риском для состояния здоровья пациента, обоснованность проведения</p>	

диагностических исследований, не вошедших в клинические протокола;

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: диагноз отсутствует, неполный или неправильный, не соответствует международной классификации болезней ;

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

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

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 (помощи);

4) своевременность и качество консультаций профильных специалистов, значительное

которые оцениваются по следующим критериям:

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

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

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

мнение консультанта ошибочное и повлияло на исход заболевания.

Наличие подтверждающей документации о проведении оценки объективности причин несвоевременной консультации и влияния несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);

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

отсутствие лечения при наличии показаний;

назначение лечения при отсутствии показаний;

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

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

необоснованное 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, оцениваются 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:

	<p>достижение ожидаемого клинического эффекта при соблюдении технологии оказания медицинских услуг (помощи); отсутствие клинического эффекта лечебных и профилактических мероприятий вследствие некачественного сбора анамнеза и проведения диагностических исследований; 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; 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</p>	
107	Наличие документации о соблюдении требований по обеспечению гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи	грубое
	<p>Наличие документации о соблюдении требований оказания хирургической (абдоминальной, торакальной, колопроктологической) помощи п а ц и е н т а м на амбулаторно-поликлиническом уровне</p> <p>1) Наличие записей врачом по специальности "Терапия (терапия подростковая, диетология)", "Скорая и неотложная медицинская помощь", "Общая врачебная практика (семейная медицина)" при обращении пациента с жалобами и симптомами хирургического характера в организацию здравоохранения, оказывающую ПМСП, направления на консультацию пациента к профильным специалистам.</p> <p>2) проведены ли определение показаний к операции, оценка объемов оперативного вмешательства, вида анестезиологического пособия, рисков развития интра и послеоперационных</p>	

108	<p>осложнений, получение письменного согласия пациента на проведение операции, при хирургическом лечении на амбулаторно-поликлиническом уровне (в организациях КДП и стационарозамещающая помощь)</p> <p>3) Проведено ли наблюдение профильным специалистом поликлиники в послеоперационном периоде за состоянием больных, выписанных из стационара.</p> <p>4) При длительном лечении больных после хирургического вмешательства проведение профильным специалистом консультации с врачами врачебно-контрольных комиссий и на основании их заключения направления больных на медико-социальную экспертизу (далее – МСЭ) с целью проведения первичного освидетельствования и (или) повторного освидетельствования (переосвидетельствования) для определения временной (до 1 года) и стойкой инвалидности.)</p> <p>5) Соблюдение требования к профильному специалисту поликлиники (номерной районной, районной, городской), клинко-диагностического отделения/центра при подозрении и (или) установлении диагноза острой хирургической патологии обеспечения вызова и транспортировки пациента бригадой скорой медицинской помощи в стационар с круглосуточным медицинским наблюдением, оказывающий ургентную хирургическую помощь; при нестабильной гемодинамике и угрожающем жизни пациента состоянии - в ближайший стационар</p> <p>б) соблюдение требований проведения экспертизы временной нетрудоспособности</p>	грубое
109	<p>Наличие документации о соблюдении требований организациями первичной медико-санитарной помощи по динамическому наблюдению лиц с хроническими заболеваниями, соответствие периодичности и сроков наблюдения, обязательного минимума и кратности диагностических исследований</p>	значительное

110	Наличие документации о соблюдении требований к активному посещению пациента на дому сотрудниками ПМСП	значительное
111	<p>Наличие документации о соблюдении требований к оказанию педиатрической помощи:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) консультативная, диагностическая, лечебно-профилактическая помощь, динамическое наблюдение;</li> <li>2) патронажи и активные посещения беременных, новорожденных и детей раннего возраста по универсально-прогрессивной модели патронажной службы;</li> <li>3) планирование, организация и проведение вакцинации в соответствии со сроками профилактических прививок;</li> <li>4) направление детей на консультации к профильным специалистам при наличии показаний;</li> <li>5) выявление острых и хронических заболеваний, своевременное проведение экстренных и плановых лечебных мероприятий;</li> <li>6) направление детей в круглосуточный стационар, дневной стационар и организация стационара на дому при наличии показаний;</li> <li>7) динамическое наблюдение за детьми с хроническими заболеваниями, состоящими на диспансерном учете, лечение и оздоровление;</li> <li>8) восстановительное лечение и медицинская реабилитация детям;</li> <li>9) проведение скрининга новорожденных и детей раннего возраста;</li> <li>10) организация оздоровления детей перед поступлением их в дошкольные или школьные учреждения;</li> <li>11) информационная работа с родителями и членами семей или с законными представителями по вопросам рационального питания, профилактики детских болезней и формирования здорового образа жизни.</li> </ol>	значительное
	<p>Наличие документации о соблюдении требований к оказанию травматологической и ортопедической помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оценка врачом –травматологом общего состояние пациента, его травматолого-ортопедического статуса,</li> </ol>	



оказание медицинской помощи в неотложной форме, проведение дополнительных лабораторных и инструментальных исследований для уточнения диагноза и при медицинских показаниях в случаях, требующих оказания медицинской помощи в стационарных условиях, направления пациента в соответствующие отделения, в которых оказывается специализированная медицинская помощь по травматолого-ортопедическому профилю .

2) При отсутствии медицинских показаний к госпитализации пациенту с травмами КМС проведение консультации по дальнейшему наблюдению и лечению в амбулаторных условиях по месту прикрепления.

3) Медицинская помощь по травматологическому и ортопедическому профилю в организациях ПМСП оказывается врачами-хирургами, врачами травматологами-ортопедами.

4) наличие кабинетов травматологии и ортопедии, травмпунктов и проведение: осмотра и оценки тяжести состояния пациента, его травматолого-ортопедического статуса, проведение дополнительных лабораторных и инструментальных исследований для уточнения диагноза и лечения (обезболивание, первичная хирургическая обработка ран, закрытая репозиция костных отломков, иммобилизация).

5) осуществление экспертизы временной нетрудоспособности

6) наличие ВКК и направление пациентов со стойкими признаками нарушения функций опорно-двигательного аппарата и КМС на медико-социальную экспертную комиссию;

значительное

Наличие документации о соблюдении требований оказания неврологической помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне  
1) Оказание КДП пациенту с неврологическими заболеваниями осуществляется по направлению врача ПМСП или другого профильного специалиста в рамках ГОБМП. При

113	<p>отсутствии направления от врача ПМСП или другого профильного специалиста, а также при обращении по инициативе пациентов, КДП предоставляется на платной основе.</p> <p>2) Врач ПМСП или другой профильный специалист осуществляет дальнейшее наблюдение за пациентом после получения консультативно-диагностического заключения в соответствии с рекомендациями врача невролога, оказавшего КДП</p>	значительное
	<p>Наличие документации о соблюдении требований оказания нефрологической помощи, которая включает в себя:</p> <p>1) осмотр врачом, выявление признаков поражения почек и проведение клинко-диагностических исследований по КП для определения стадии, этиологии и степени активности заболеваний;</p> <p>2) направление пациента на оказание консультативно-диагностической помощи с оформлением выписки из медицинской карты амбулаторного пациента по форме № 097/у, с внесением данных в медицинскую информационную систему (далее – МИС);</p> <p>3) формирование групп риска развития, профилактика прогрессирования и развития осложнений ХБП в зависимости от стадии и нозологических форм, а также учет и динамическое наблюдение пациентов с заболеваниями почек проводится специалистами ПМСП с учетом рекомендаций нефрологов по КП;</p> <p>4) отбор и направление на госпитализацию в МО для оказания специализированной медицинской помощи и ВТМП с учетом рекомендаций врачей нефрологов и МДГ по КП;</p> <p>5) динамическое наблюдение за пациентами с поражением почек различного генеза, в том числе в послеоперационном (посттрансплантационном) периоде, включающее мониторинг активности заболевания, контроль и коррекцию иммуносупрессивной терапии ;</p> <p>6) медицинскую реабилитацию пациентов с нефрологическими</p>	

заболеваниями, ХБП и ОПП, в том числе получающих диализную терапию и перенесших операцию после трансплантации почки (включая мониторинг концентрации препаратов иммуносупрессивной терапии, профилактику и своевременное выявление инфекционных осложнений);

7) организацию и мониторинг обеспечения пациентов с заболеваниями почек (включая пациентов на ЗПТ) лекарственными средствами для бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан Республики Казахстан с определенными заболеваниями (состояниями)"

грубое

8) проведение экспертизы временной нетрудоспособности

9) направление на проведение медико-социальной экспертизы для определения и установления инвалидности

10) регистрацию и регулярное внесение данных пациентов с ХБП 1-5 стадии, ОПП всех стадий по международной классификации ОПП по RIFLE (Райфл): Risk (Риск), Injury (Инжури), Failure (Фэйлэ), Lost (Лост), End Stage Renal Disease (Энд Стэйдж Ренал Дизиз) в ИС МО с указанием стадии ХБП для мониторинга, своевременного начала ЗПТ и обеспечения преемственности маршрута пациентов. При недоступности или отсутствии ИС, регистрация пациентов осуществляется в Электронный регистр ХБП.

Регистрация пациентов с ХБП с 1 по 3а стадиями проводится ежегодно врачами общей практики (семейными врачами), участковыми терапевтами, педиатрами на уровне ПМСП. Регистрация пациентов с ХБП 3б-5 стадиями проводится врачами нефрологами поликлиники, Кабинета, нефрологического центра.

Наличие документации о соблюдении требований оказания нейрохирургической помощи в амбулаторных условиях

1) Врач ПМСП:  
-при обращении пациентов с жалобами и симптомами нейрохирургических заболеваний и травм центральной и

периферической нервной системы назначает общеклинические и рентгенологические исследования (по показаниям) и направляет их к нейрохирургу организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь на вторичном уровне для уточнения диагноза и получения консультативно-диагностической помощи. Направление оформляется в электронной форме в медицинских информационных системах;

- осуществляет динамическое наблюдение за пациентами с установленным диагнозом нейрохирургических заболеваний по КП и рекомендациями нейрохирурга;
- направляет по показаниям на госпитализацию.

2) Нейрохирургическая помощь в амбулаторных условиях на вторичном уровне оказывается в виде консультативно-диагностической помощи и включает в себя:

- 1) осмотр нейрохирурга;
- 2) лабораторное и инструментальное обследование пациента с целью постановки диагноза нейрохирургических заболеваний и травм центральной и периферической нервной системы, дифференциальной диагностики ;
- 3) подбор и назначение лечения по выявленному заболеванию по КП;
- 4) направление на госпитализацию по экстренным показаниям для оказания специализированной медицинской помощи, в том числе с применением ВТМУ в стационарных условиях;
- 5) направление на плановую госпитализацию для оказания специализированной медицинской помощи, в том числе с применением ВТМУ в стационарозамещающих и стационарных условиях;
- 6) проведение экспертизы временной нетрудоспособности, выдача листа или справки о временной нетрудоспособности

значительное

Наличие документации о соблюдении требований оказания неврологической



121	<p>превышает 10 минут (время для передачи пациента врачу приемного отделения) с момента ее прибытия в стационар, за исключением случаев необходимости оказания скорой медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях.</p> <p>После передачи бригадами СМП или отделения СМП при организации ПМСП пациента в приемное отделение стационара медицинская сестра проводит распределение поступающих пациентов (медицинскую сортировку по триаж-системе) на группы, исходя из первоочередности оказания экстренной медицинской помощи.</p> <p>Медицинская сортировка по триаж-системе (далее- медицинская сортировка) проводится непрерывно и преемственно. По завершению оценки, пациенты помечаются цветом одной из категорий сортировки, в виде специальной цветной бирки либо цветной ленты.</p> <p>По медицинской сортировке, выделяют 3 группы пациентов:</p> <p>первая группа (красная зона) – пациенты, состояние которых представляет непосредственную угрозу жизни или имеющие высокий риск ухудшения и требующие экстренной медицинской помощи;</p> <p>вторая группа (желтая зона) – пациенты, состояние которых представляет потенциальную угрозу для здоровья или может прогрессировать с развитием ситуации, требующей экстренной медицинской помощи;</p> <p>третья группа (зеленая зона) – пациенты, состояние которых не представляет непосредственной угрозы для жизни и здоровья и не требует госпитализации</p> <p>Наличие записи в медицинской документации по определению пациента по группам медицинской сортировки по триаж-системе.</p>	Грубое
122	Наличие документации об обеспечении госпитализации тяжелого пациента, нуждающегося в постоянном мониторинге жизненно важных функций по медицинским показаниям, по решению консилиума и уведомлению руководителей организаций здравоохранения с последующим	значительное

	переводом в другую медицинскую организацию по профилю заболевания для дальнейшего обследования и лечения после стабилизации состояния	
123	Наличие медицинского заключения с письменным обоснованием отказа при отсутствии показаний для госпитализации в организацию здравоохранения, врач приемного отделения выдает пациенту. Медицинской сестрой приемного отделения направляется актив в организацию ПМСП по месту прикрепления пациента	значительное
124	Наличие подтверждающей документации о показаниях для госпитализации: необходимость оказания доврачебной, квалифицированной, специализированной медицинской помощи, в том числе с применением высокотехнологичных медицинских услуг, с круглосуточным медицинским наблюдением пациентов: 1) в плановом порядке – по направлению специалистов ПМСП или другой организации здравоохранения; 2) по экстренным показаниям (включая выходные и праздничные дни) - вне зависимости от наличия направления	значительное
125	Наличие осмотра заведующим отделением тяжелых пациентов в день госпитализации, в последующем – ежедневно. Пациенты, находящиеся в среднетяжелом состоянии, осматриваются не реже одного раза в неделю. Результаты осмотра пациента регистрируются в медицинской карте с указанием рекомендаций по дальнейшей тактике ведения пациента с обязательной идентификацией медицинского работника, вносящего записи	значительное
126	Наличие подтверждающей документации об установлении основного диагноза при экстренных состояниях в течение 24 (двадцати четырех) часов с момента поступления пациента в круглосуточный стационар на основании данных клинико-anamnestического обследования, результатов инструментальных и лабораторных методов исследования с занесением в медицинскую карту стационарного пациента по форме № 001/у, у стабильных пациентов - наличие	значительное

	установленного клинического диагноза совместно с заведующим отделением не позднее трех календарных дней со дня госпитализации пациента в организацию здравоохранения	
127	Наличие подтверждающей документации о госпитализации в плановом порядке при наличии показателей: - суточного мониторирования электрокардиограммы; - эргометрического исследования (стресс-тесты, спироэргометрия) на базе тредмила и/или велоэргометра; суточного мониторирования артериального давления;	значительное
128	Наличие документации о проведении в неотложном (круглосуточно, в том числе в выходные и праздничные дни) порядке, в частности: - лабораторных исследований, необходимых для оценки функционального состояния органов и систем в до- и послеоперационный период; - электрокардиограммы и ее анализ; - эхокардиографии; - гастродуоденоскопии; - бронхоскопии; - ультразвукового исследования сосудов; - катетеризации полостей сердца с ангиокардиографией; - микроультрафильтрации и диализа; - альбуминового диализа (с использованием молекулярной адсорбирующей рециркулирующей системы); - экстракорпоральной мембранной оксигенации; - внутриаортальной контрпульсации; - установки электрокардиостимулятора; - рентгенэндоваскулярных методов лечения.	значительное
129	Наличие документации о госпитализации в лабораторию катетеризации, минуя приемное отделение, отделение (палата) реанимации и интенсивной терапии при установленном у пациента диагнозе острый коронарный синдром с подъемом сегмента, острый инфаркт миокарда	значительное
	Наличие документации об обеспечении ежедневного осмотра лечащего врача пациентов, находящихся в стационаре	



130	<p>кроме выходных и праздничных дней. При осмотре и назначении дежурным врачом дополнительных диагностических и лечебных манипуляций проводятся соответствующие записи в медицинской карте. При ухудшении состояния пациента дежурный врач оповещает заведующего отделением и (или) лечащего врача, согласовывает внесение изменений в процесс диагностики и лечения, и делает запись в медицинской карте (бумажный и (или) электронный) вариант.</p> <p>В электронный вариант медицинской карты запись вносится не позднее суток с момента изменения состояния пациента. При неотложных состояниях кратность записей зависит от динамики тяжести состояния. Записи врача стационара отражают конкретные изменения в состоянии пациента и необходимость коррекции назначений, обоснование назначенного обследования и лечения, оценку и интерпретацию полученных результатов и эффективности проводимого лечения. Кратность осмотра при неотложных состояниях не реже каждые 3 часов, с указанием времени оказания неотложной помощи по часам и минутам.</p>	значительное
131	Наличие документации об оценке сложности оперативных вмешательств при врожденных пороках сердца по Базовой шкала Аристотеля и эффективности операций в кардиохирургическом отделении	значительное
132	<p>Наличие документации о соответствии оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом и (или) острым инфарктом миокарда по уровням регионализации:</p> <p>1) на первом уровне оказание медицинской помощи организациями скорой медицинской помощи, первичной медико-санитарной помощи, а также организациями, оказывающими стационарную помощь без возможности проведения чрескожных коронарных вмешательств пациентам с острым коронарным синдромом или острым инфарктом миокарда;</p> <p>2) на втором уровне - организациями, оказывающими стационарную помощь с</p>	значительное

	<p>возможностью проведения чрескожных коронарных вмешательств без кардиохирургического отделения;</p> <p>3) на третьем уровне - организациями, оказывающими стационарную помощь и республиканскими медицинскими организациями, с наличием кардиохирургического отделения</p>	
133	<p>Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований при плановой госпитализации:</p> <p>1) наличие направления на госпитализацию в стационар и талона плановой госпитализации;</p> <p>2) госпитализация пациента в соответствии с установленной датой плановой госпитализации в направлении;</p> <p>3) наличие проведенных клинико-диагностических (лабораторных, инструментальных и функциональных) исследований и консультаций профильных специалистов соответственно диагнозу</p>	значительное
134	<p>Наличие заключения консультаций или консилиума при затруднении в идентификации диагноза, неэффективности проводимого лечения, а также при иных показаниях</p>	значительное
135	<p>Наличие подтверждающей документации при госпитализации на стационарном уровне:</p> <p>1) первичного осмотра врачом пациента с целью определения его состояния и установления предварительного диагноза;</p> <p>2) проведения лечебно-диагностических неинвазивных методов тестирования для снижения риска инвазивных исследований;</p> <p>3) подбора и назначения лечения;</p> <p>4) проведения при необходимости консультаций специалистов другого профиля</p>	значительное
136	<p>Обеспечение выдачи выписного эпикриза пациенту при выписке с указанием полного клинического диагноза, проведенного объема диагностических исследований, лечебных мероприятий и рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению. Данные по</p>	значительное

	выписке заносятся в информационные системы день в день, с указанием фактического времени выписки	
137	Наличие документации о соблюдении критериев при выписке, в частности: 1) общепринятые исходы лечения (выздоровление, улучшение, без перемен, смерть, переведен в другую медицинскую организацию); 2) письменное заявление пациента или его законного представителя при отсутствии непосредственной опасности для жизни пациента или для окружающих; 3) случаи нарушения внутреннего распорядка организации здравоохранения, а также создание препятствий для лечебно-диагностического процесса, ущемления прав других пациентов на получение надлежащей медицинской помощи (при отсутствии непосредственной угрозы его жизни), о чем делается запись в медицинской карте.	значительное
138	Наличие договора на оказание платных медицинских услуг в организациях здравоохранения. Наличие документов, устанавливающих факт сооплаты	грубое
139	Наличие документации о соблюдении требований к переливанию компонентов крови и в случае развития осложнений: Перед переливанием компонентов крови реципиент обследуется на маркеры гемотрансмиссивных инфекций ВИЧ, гепатиты В и С, а после окончания лечения в выписном эпикризе указывается необходимость повторного обследования на ВИЧ и гепатиты В и С по месту жительства. Обследование реципиентов на наличие ВИЧ-инфекции в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи осуществляется в государственных организациях здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции В медицинскую карту пациента до начала трансфузионной терапии вносятся сведения, касающиеся трансфузионного и акушерского анамнеза: наличие предшествующих переливаний, когда и в связи с чем;	грубое

имелись ли посттрансфузионные осложнения, беременности, закончившиеся рождением детей с гемолитической болезнью новорожденного.

В случае развития осложнений во время биологической пробы, во время переливания или после него, производится подробная запись (записи) с описанием состояния реципиента, данных мониторинга жизненно важных функций, методов лечения и их эффективности.

Проводится немедленный лабораторный контроль крови и мочи реципиента.

Наличие обследования лиц по клиническим показаниям на ВИЧ-инфекции при выявлении следующих заболеваний, синдромов и симптомов:

- 1) увеличение двух и более лимфатических узлов длительностью более 1 месяца, персистирующая, генерализованная лимфаденопатия;
- 2) лихорадка неясной этиологии (постоянная или рецидивирующая длительностью более 1 месяца);
- 3) необъяснимая тяжелая кахексия или выраженные нарушения питания, плохо поддающиеся стандартному лечению (у детей), необъяснимая потеря 10% веса и более;
- 4) хроническая диарея в течение 14 суток и более (у детей), необъяснимая хроническая диарея длительностью более месяца;
- 5) себорейный дерматит, зудящая папулезная сыпь (у детей);
- 6) ангулярный хейлит;
- 7) рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей (синусит, средний отит, фарингит, трахеит, бронхит);
- 8) опоясывающий лишай;
- 9) любой диссеминированный эндемический микоз, глубокие микозы (кокцидиоидоз, внелегочный криптококкоз (криптококковый менингит), споротрихоз, аспергиллез, изоспороз, внелегочной гистоплазмоз, стронгилоидоз, актиномикоз);
- 10) туберкулез легочный и внелегочный, в том числе диссеминированная инфекция, вызванная атипичными

микобактериями, кроме туберкулеза периферических лимфоузлов;

11) волосатая лейкоплакия полости рта, линейная эритема десен;

12) тяжелые затяжные рецидивирующие пневмонии и хронические бронхиты, не поддающиеся обычной терапии (кратностью два или более раз в течение года), бессимптомная и клинически выраженная лимфоидная интерстициальная пневмония;

13) сепсис, затяжные и рецидивирующие гнойно-бактериальные заболевания внутренних органов (пневмония, эмпиема плевры, менингит, менингоэнцефалиты, инфекции костей и суставов, гнойный миозит, сальмонеллезная септицемия (кроме *Salmonella typhi*), стоматиты, гингивиты, периодонтиты);

14) пневмоцистная пневмония;

15) инфекции, вызванные вирусом простого герпеса, с поражением внутренних органов и хроническим (длительностью более одного месяца с момента заболевания) поражением кожи и слизистых оболочек, в том числе глаз;

16) кардиомиопатия;

17) нефропатия;

18) энцефалопатия неясной этиологии;

19) прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия;

20) саркома Капоши;

21) новообразования, в том числе лимфома (головного мозга) или В-клеточная лимфома;

22) токсоплазмоз центральной нервной системы;

23) кандидоз пищевода, бронхов, трахеи, легких, слизистых оболочек полости рта и носа;

24) диссеминированная инфекция, вызванная атипичными микобактериями;

25) кахексия неясной этиологии;

26) затяжные рецидивирующие пиодермии, не поддающиеся обычной терапии;

27) тяжелые хронические воспалительные заболевания женской половой сферы неясной этиологии;

28) инвазивные новообразования женских половых органов;

29) мононуклеоз через 3 месяцев от начала заболевания;

- 30) инфекции, передающихся половым путем (сифилис, хламидиоз, трихомониаз, гонорея, генитальный герпес, вирусный папилломатоз и другие) с установленным диагнозом;
- 31) вирусные гепатиты В и С, при подтверждении диагноза;
- 32) обширные сливные кондиломы;
- 33) контагиозный моллюск с обширными высыпаниями, гигантский обезображивающий контагиозный моллюск;
- 34) первичное слабоумие у ранее здоровых лиц;
- 35) больные гемофилией и другими заболеваниями, систематически получающие переливание крови и ее компонентов;
- 36) генерализованная цитомегаловирусная инфекция.

Наличие медицинской документации о соблюдении следующих требований при проведении экспертизы временной нетрудоспособности, выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности (форма №001/у "Медицинская карта стационарного пациента", форма 052/у "Медицинская карта амбулаторного пациента", корешки листов о временной нетрудоспособности пациентов, форма № 025/у "Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии", форма № 029/у "Книга регистрации листов о временной нетрудоспособности", форма № 037/у "Справка №\_\_\_\_\_ о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детскую дошкольную организацию (нужное подчеркнуть)", форма № 038/у "Справка №\_\_\_\_\_ о временной нетрудоспособности" и другие):

- 1) наличие осмотра лица и записи данных о его состоянии здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) пациента, обосновывающей необходимость временного освобождения его от работы;
- 2) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности в день выписки лиц

при стационарном лечении (включая дневные стационары, реабилитационные центры) на весь период стационарного лечения;

3) закрытие листа и справки о временной нетрудоспособности датой выписки из стационара если трудоспособность лиц полностью восстановлена;

4) продление лицам, продолжающим быть временно нетрудоспособными листа и справки о временной нетрудоспособности на срок, с учетом времени, необходимого для его явки к медицинскому работнику поликлиники или вызова медицинского работника на дом (но не более чем на один календарный день). Лицам, получавшим лечение за пределами региона проживания, учитывается время, необходимое для прибытия к месту его постоянного проживания (но не более чем на четыре календарных дня);

5) выдача справки о временной нетрудоспособности при травмах, полученных в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также при острой алкогольной или наркотической интоксикации, на весь период временной нетрудоспособности;

6) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам, страдающим психическими заболеваниями, при несвоевременном обращении в медицинскую организацию за прошедшие дни по заключению врачебно-консультативной комиссии психоневрологического диспансера или медицинского работника (врача-психиатра) совместно с руководителем медицинской организации ;

7) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам, направленным по решению суда на судебно-медицинскую или судебно-психиатрическую экспертизу и признанных нетрудоспособными со дня поступления на экспертизу;

8) выдачи одновременно листа и справки о временной нетрудоспособности лицу, совмещающему обучение с работой.

значительное

142	<p>Соблюдение следующих требований при организации и проведении врачебно-консультативной комиссии:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) наличие приказа руководителя медицинской организации:</li> <ul style="list-style-type: none"> <li>- о создании врачебно-консультативной комиссии; - о составе, количестве членов (не менее трех врачей),</li> <li>- о работе и графике врачебно-консультативной комиссии</li> </ul> <li>2) наличие заключения врачебно-консультативной комиссии</li> </ol>	значительное
143	<p>Наличие подтверждающей документации о показаниях для госпитализации в дневной стационар при амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения и в стационар на дому:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) обострение хронических заболеваний, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения;</li> <li>2) активное плановое оздоровление группы пациентов с хроническими заболеваниями, подлежащими динамическому наблюдению;</li> <li>3) долечивание пациента на следующий день после курса стационарного лечения по медицинским показаниям;</li> <li>4) проведение курсов медицинской реабилитации второго и третьего этапа;</li> <li>5) паллиативная помощь;</li> <li>6) орфанные заболевания у детей, сопряженных с высоким риском инфекционных осложнений и требующих изоляции в период сезонных вирусных заболеваний, для получения регулярной заместительной ферментативной и антибактериальной терапии.</li> </ol> <p>Наличие показаний для госпитализации в дневной стационар при круглосуточном стационаре являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) проведение операций и вмешательств со специальной предоперационной подготовкой и реанимационной поддержкой;</li> <li>2) проведение сложных диагностических исследований, требующих специальной предварительной подготовки, а также не доступных в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения;</li> <li>3) наблюдение пациентов, лечение которых связано с переливанием</li> </ol>	значительное



	<p>препаратов крови, внутривенных вливаний кровезамещающих жидкостей, специфической гипосенсибилизирующей терапии, инъекций сильнодействующих препаратов, внутрисуставных введений лекарственных средств;</p> <p>4) долечивание на следующий день после стационарного лечения при наличии показаний к ранней выписке после оперативного лечения;</p> <p>5) паллиативная помощь;</p> <p>6) химиотерапия, лучевая терапия, коррекция патологических состояний, возникших после проведения специализированного лечения онкологическим пациентам</p>	
144	Наличие отделения восстановительного лечения и реабилитации	значительное
145	Наличие кардиологического кабинета в структуре организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь населению (района, города, области, республики) и организаций, оказывающих стационарную помощь	значительное
146	Наличие при невозможности установления диагноза ССЗ в организации ПМСП, направления пациента на консультацию в клиничко-диагностический центр для оказания КДП с проведением при необходимости консилиума, с привлечением профильных специалистов, в том числе консультантов из медицинских организаций республиканского уровня.	значительное
147	Наличие подтверждающей документации оказания КДП пациенту с ССЗ профильным специалистом по направлению специалиста ПМСП или другого профильного специалиста	значительное
148	Наличие заключения на оформление документов для направления на медико-социальную экспертизу при наличии высоких показателей артериального давления (кризовое течение), аритмии различного генеза, учащения приступов стенокардии и нарастания симптомов сердечной недостаточности, выдачи и продления листа или справки временной утраты трудоспособности, а при стойкой утрате трудоспособности (состояние после	значительное

	перенесенного инфаркта миокарда, аорто-коронарного шунтирования, застойной сердечной недостаточности)	
149	Наличие подтверждающей документации о проведении лечебно-диагностических мероприятий, лекарственное обеспечение, организация лечебного питания и соответствующего ухода пациента с момента поступления в организацию здравоохранения.	значительное
150	Наличие подтверждающей документации об использовании возможностей консультирования с профильными республиканскими организациями, посредством телемедицинской сети при сложности в верификации диагноза ребенка, определения тактики ведения. При необходимости осуществляется перевод ребенка в профильные республиканские организации.	значительное
151	Обеспечение поддерживающего ухода (поддержка адекватного кормления, поддержание водного баланса, контроля боли, ведение лихорадки, кислородотерапия)	значительное
152	Наличие медицинской документации об оказании следующих лечебно-диагностических мероприятий в рамках ПМСП: 1) диагностические - осмотр специалистом ПМСП, лабораторные и инструментальные неинвазивные методы исследования; 2) лечебные, в том числе оказание экстренной и неотложной медицинской помощи, лечебные манипуляции; 3) обеспечение пациентов с БСК рецептами для получения лекарственных средств и медицинских изделий для бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения; 4) профилактические - медицинские осмотры, скрининговые профилактические медицинские осмотры целевых групп населения с последующим оздоровлением и динамическим наблюдением	значительное
153	Наличие подтверждающей документации об использовании при наличии менее болезненных альтернативных способов	значительное

	<p>лечения, не уступающих по эффективности, для избежания необоснованных болезненных процедур</p>	
<p>154</p>	<p>Наличие документации о соблюдении требований оказания анестезиологической и реаниматологической помощи:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оказание специализированной медицинской помощи пациентам в экстренном и плановом порядках, в том числе высокотехнологичные медицинские услуги;</li> <li>2) определение метода анестезии, осуществление медикаментозной предоперационной подготовки и проведение разных методик анестезии при различных оперативных вмешательствах, родах, диагностических и лечебных процедурах;</li> <li>3) наблюдение за состоянием больных в посленаркозном периоде в палатах " пробуждения" до восстановления сознания и стабилизации функции жизненно важных органов;</li> <li>4) оценку степени нарушений функции жизненно важных органов и систем и проведение расширенного комплекса мероприятий по реанимации и интенсивной терапии при различных критических ситуациях, в том числе методами экстракорпоральной детоксикации, гипербарической оксигенации, электрокардиостимуляции;</li> <li>5) интенсивное наблюдение ( экспресс-контроль состояния систем жизнеобеспечения, а также метаболизма с использованием методов лабораторной и функциональной диагностики, мониторинга дыхания и кровообращения) , полноценная и целенаправленная коррекция расстройств;</li> <li>6) проведение реанимационных мер пациентам (при наличии показаний) в других отделениях;</li> <li>7) установление показаний для дальнейшего лечения больных в условиях ОАРИТ, а также перевод больных из ОАРИТ в профильные отделения после стабилизации функции жизненно важных органов с рекомендациями по лечению и обследованию на ближайшие сутки;</li> </ol>	<p>значительное</p>

	<p>8) консультирование врачей других отделений по вопросам практической анестезиологии и реаниматологии;</p> <p>9) анализ эффективности работы отделения и качества оказываемой медицинской помощи, разработка и проведение мероприятий по повышению качества оказания медицинской помощи и снижению летальности</p>	
	<p>Соблюдение следующих действий при проведении патологоанатомического вскрытия:</p> <p>1) проведение патологоанатомического вскрытия трупов после констатации врачами биологической смерти, после предоставления медицинской карты стационарного пациента или медицинской карты амбулаторного пациента с письменным распоряжением главного врача или его заместителя по медицинской (лечебной) части организации здравоохранения о направлении на патологоанатомическое вскрытие;</p> <p>2) оформление результатов патологоанатомического вскрытия в виде патологоанатомического диагноза (патологоанатомический диагноз включает: основное заболевание, осложнение основного заболевания, сопутствующее заболевание, комбинированное основное заболевание);</p> <p>3) передача медицинской карты стационарного пациента или медицинской карты амбулаторного пациента с внесенным в нее патологоанатомическим диагнозом в медицинский архив организации здравоохранения не позднее десяти рабочих дней после патологоанатомического вскрытия;</p> <p>4) проведение клинико-патологоанатомического разбора в случаях смерти больных в организациях здравоохранения;</p> <p>5) патологоанатомическое вскрытие при подозрениях на острые инфекционные, онкологические заболевания, патологию детского возраста, летальный исход в связи с медицинскими манипуляциями в целях установления причины смерти и уточнения диагноза заболевания со смертельным исходом;</p>	

- 6) организация главным врачом и заведующим патологоанатомического отделения вирусологического (иммунофлюоресцентного) и бактериологического исследования материалов вскрытия трупов в случаях подозрения на инфекционные заболевания;
- 7) передача в патологоанатомическое бюро, централизованное патологоанатомическое бюро и патологоанатомическое отделение медицинских карт стационарных пациентов на всех умерших за предшествующие сутки не позднее 10 часов утра дня, следующего после установления факта смерти;
- 8) оформление:
- медицинского свидетельства о смерти (предварительное, окончательное) врачом по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" в день проведения патологоанатомического вскрытия;
  - медицинского свидетельства о перинатальной смерти (предварительное, окончательное) врачом по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" в день проведения патологоанатомического вскрытия;
- 9) оформление результатов вскрытия в виде протокола патологоанатомического исследования;
- 10) наличие письменного уведомления в судебно-следственные органы для решения вопроса о передаче трупа на судебно-медицинскую экспертизу при обнаружении признаков насильственной смерти и прекращение проведения патологоанатомического исследования трупа;
- 11) наличие письменного извещения врача по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" в случае первичного обнаружения во время вскрытия признаков острого инфекционного заболевания, пищевого или производственного отравления, необычной реакции на прививку, а также экстренное извещение в органы государственной санитарно-эпидемиологической службы, сразу же после их выявления;

	<p>12) проведение патологоанатомического исследования плаценты:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- в случае мертворождения;</li> <li>- при всех заболеваниях новорожденных, выявленных в момент рождения;</li> <li>- в случаях, подозрительных на гемолитическую болезнь новорожденных ;</li> <li>- при раннем отхождении вод и при грязных водах;</li> <li>- при заболеваниях матери, протекающих с высокой температурой в последний триместр беременности;</li> <li>- при явной аномалии развития или прикрепления плаценты;</li> <li>- при подозрении на наличие врожденных аномалий развития плода;</li> <li>- при случаях преэклампсий, эклампсий</li> </ul> <p>13) обязательная регистрация плода массой менее 500 граммов с антропометрическими данными (масса, рост, окружность головы, окружность грудной клетки);</p> <p>14) установление патологоанатомического вскрытия в зависимости от сложности на следующие категории:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- первая категория;</li> <li>- вторая категория;</li> <li>- третья категория;</li> <li>- четвертая категория;</li> </ul> <p>15) установление врачом по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" категории патологоанатомического вскрытия и причины расхождения диагнозов при расхождении заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов</p> <p>16) наличие подробного анализа с определением профиля и категорий ятрогении во всех случаях ятрогенной патологии, выявленные в результате патологоанатомического вскрытия</p>	
156	Наличие письменного заявления супруга (супруги), близких родственников или законных представителей умершего либо письменного волеизъявления, данного лицом при его жизни для выдачи трупа без проведения патологоанатомического вскрытия, при отсутствии подозрения на насильственную смерть	значительное

Наличие документации (внутренние приказы, положения, протоколы, анкеты, аналитические справки) о проведении клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям:

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

отсутствие сбора анамнеза;

полнота сбора анамнеза;

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

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:

отсутствие диагностических мероприятий ;

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

проведение диагностических исследований, предусмотренных клиническими протоколами;

проведение диагностических исследований с высоким, неоправданным риском для состояния здоровья пациента, обоснованность проведения диагностических исследований, не вошедших в клинические протокола;

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: диагноз отсутствует, неполный или неправильный, не соответствует международной классификации болезней ;

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

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

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 (помощи);

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

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

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

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

мнение консультанта ошибочное и повлияло на исход заболевания.

Наличие подтверждающей документации о проведении оценки объективности

значительное



причин несвоевременной консультации и влияния несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);

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

отсутствие лечения при наличии показаний;

назначение лечения при отсутствии показаний;

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

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

необоснованное 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, оцениваются 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:

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

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

отсутствие ожидаемого клинического эффекта вследствие проведения малоэффективных лечебных, профилактических мероприятий без учета особенностей течения заболевания, сопутствующих заболеваний,

	<p>осложнений, назначение лекарственных средств без доказанной клинической эффективности;</p> <p>наличие полипрагмазии, обусловившее развитие нежелательных последствий;</p> <p>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</p>	
158	<p>Наличие осмотра пациента врачом в приемном отделении стационара с заполнением карты стационарного пациента, при наличии письменного согласия пациента или его законного представителя на предоставление ему медицинской помощи</p>	значительное
159	<p>Предоставление врачом-кардиологом (кардиохирургом) консультативно-диагностического заключение по форме № 075/у, в котором указывает результаты проведенного обследования и лечения, а также о дальнейшем лечении пациента с БСК врачу ПМСП, направившему пациента на консультационные услуги при оказании КДП</p>	значительное
160	<p>При наличии отклонений в показателях артериального давления (кризовое течение), аритмии различного генеза, учащения приступов стенокардии и нарастания симптомов сердечной недостаточности, врач-кардиолог МО выдает и продлевает лист или справку о временной нетрудоспособности, а при стойкой утрате трудоспособности (состояние после перенесенного инфаркта миокарда, аорто-коронарного шунтирования, застойной сердечной недостаточности) дает заключение на оформление документов для направления на медико-социальную экспертизу (далее – МСЭ)</p>	значительное
161	<p>Наличие документации о госпитализации пациента с БСК в экстренном порядке в отделение (палата) реанимации и интенсивной терапии, минуя приемное отделение при угрозе жизни</p>	значительное
	<p>Наличие документации о госпитализации пациента с установленным диагнозом</p>	

162	острый коронарный синдром (далее - ОКС) с подъемом сегмента, острый инфаркт миокарда (далее - ОИМ) в лабораторию катетеризации, минуя приемное отделение, отделение (палата) реанимации и интенсивной терапии.	значительное
163	Наличие документации об оказании кардиологической (кардиохирургической) помощи в стационарных условиях, которая включает в себя: 1) первичный осмотр врачом пациента с целью определения его состояния и установления предварительного диагноза; 2) проведение лечебно-диагностических исследований с целью определения тактики лечения пациента, а также в целях снижения риска инвазивных методов исследования и лечения; 3) подбор и назначение лечения; 4) проведение консультаций профильных специалистов.	значительное
164	Наличие документации о незамедлительном переводе пациента, находящегося на лечении в МО без возможности проведения ИВ при выявлении у него показаний для проведения неотложных интервенционных или кардиохирургических вмешательств, санитарным автотранспортом, включая медицинскую авиацию в МО с возможностью проведения ИВ в круглосуточном режиме.	значительное
	Наличие подтверждающей документации о выполнении оперативных вмешательств в кардиохирургии по принципу регионализации с учетом уровня сложности: 1) распределение кардиохирургических операций взрослым по категориям сложности: уровень регионализации кардиохирургической помощи для взрослого населения проводится по принципу регионализации; при достижении целевых значений ключевых показателей по регионализации кардиохирургической помощи (по уровням сложности категории пациентов) в течение трех оценочных периодов МО осуществляет хирургические вмешательства уровня	

165	<p>категории сложности, предусмотренные в приложении 1 к настоящему приказу;</p> <p>2) оценка сложности оперативных вмешательств при врожденных пороках сердца проводится по Базовой шкале Аристотеля.</p> <p>В случае проведения одному ребенку нескольких операций в расчет берется только одна операция с наивысшим баллом по Базовой шкале Аристотеля.</p> <p>Для объективизации качества работы детского кардиохирургического отделения используется такой параметр как эффективность операций, рассчитываемый по уравнению: (среднее значение сложности по Базовой шкале Аристотеля) x (30 дневная послеоперационная выживаемость)/100 = (Эффективность операций):</p> <p>определение уровня регионализации кардиохирургической помощи для детского населения;</p> <p>при достижении целевых значений ключевых показателей регионализации кардиохирургической помощи детскому населению (по уровням сложности категории пациентов) в течение трех оценочных периодов МО осуществляет хирургические вмешательства по уровням категории сложности.</p>	значительное
Требования для субъектов (объектов), оказывающих гемодиализную помощь		
166	Наличие письменного добровольного согласия пациента либо его законного представителя при инвазивных вмешательствах и на проведение лечебно-диагностических мероприятий	значительное
167	Наличие заключения о соответствии субъекта здравоохранения к предоставлению высокотехнологичных медицинских услуг	грубое
168	Наличие подтверждающей документации о соответствии проведенных лечебных и диагностических мероприятий с рекомендациями клинических протоколов	значительное
169	<p>Наличие подтверждающей документации о соответствии критериям для отбора и начала заместительной почечной терапии , в частности:</p> <p>показатели (скорость клубочковой фильтрации);</p> <p>- наличие гипергидратации, ацидоза;</p>	грубое

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- уровень калия;</li> <li>- оценка нутритивного статуса пациента)</li> </ul>	
170	<p>Наличие подтверждающей документации о соответствии показаниям для экстренного проведения внепочечного очищения крови у пациентов с острой почечной недостаточностью:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- отсутствие мочи;</li> <li>- гиперкалиемия;</li> <li>- гипергидратация.</li> </ul>	грубое
171	<p>Наличие подтверждающей документации о соответствии аппарата гемодиализа сертификатам качества, с достаточным ресурсом и производительностью, предусмотренными страной-производителем</p>	грубое
172	<p>Наличие подтверждающей документации о соблюдении алгоритма проведения процедуры гемодиализа:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- подготовка аппарата "искусственная почка" к работе: тестирование и проверка аппаратов АИП с контролем ионного состава диализирующего раствора на иономере;</li> <li>- подготовка рабочего места медицинской сестры диализного зала: раскладка стерильных упаковок, приготовление фистульных игл, диализатора, растворов для заполнения магистралей и диализатора;</li> <li>- сборка экстракорпорального контура (кровапроводящих магистралей, диализатора) с установкой на аппарат "искусственная почка";</li> <li>- заполнение и промывка экстракорпорального контура физиологическим раствором с антикоагулянтом;</li> <li>- подготовка пациента: взвешивание на электронных весах с регистрацией величины междиализной прибавки веса в карте диализа, обработка кожной поверхности дезинфектантами в месте пункции сосудистого доступа;</li> <li>- подключение пациента к аппарату "искусственная почка";</li> <li>- установка скорости кровотока на аппарате "искусственная почка";</li> <li>- контроль за артериальным давлением крови, частотой сердечных сокращений и</li> </ul>	грубое

	<p>ритмичностью пульса не реже 1 раза в час, с почасовой регистрацией результатов в карте диализа;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- контроль корректности объема ультрафильтрации (в конце диализа), с регистрацией результатов в карте диализа;</li> <li>;</li> <li>- контроль положения фистульных игл в артериовенозной фистулы (постоянно);</li> <li>- контроль показаний датчиков венозного и артериального давления (постоянно);</li> <li>- контроль за антикоагуляцией (постоянно визуально);</li> <li>- контроль ионного состава крови во время процедуры (по показаниям);</li> <li>- по окончании времени процедуры: остановка насоса по крови, извлечение фистульных игл из сосудистого доступа, контроль остановки кровотечения из мест пункций, окончательная остановка кровотечения, закрепление (перевязка) фистульной конечности стерильным перевязочным материалом;</li> <li>- контрольное взвешивание пациента на электронных весах с регистрацией результатов в карте диализа;</li> <li>- холодная промывка аппарата, горячая дезинфекция;</li> <li>- транспортировка использованного расходного материала для утилизации.</li> </ul>	
173	Наличие подтверждающей документации об обеспечении лекарственными средствами и расходными материалами по протоколу диализа	значительное
174	Наличие системы водоочистки и соблюдение требований к подготовке жидкостей для гемодиализа, качеству растворов для гемодиализа и системы для очистки крови	значительное
175	Наличие договора на оказание платных медицинских услуг в организациях здравоохранения. Наличие документов, устанавливающих факт сооплаты	грубое
	<p>Наличие документации (внутренние приказы, положения, протоколы, анкеты, аналитические справки) о проведении клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям:</p> <p>1) качество сбора анамнеза, которое оценивается по следующим критериям:</p>	

отсутствие сбора анамнеза;  
полнота сбора анамнеза;  
наличие данных о перенесенных, хронических и наследственных заболеваниях, проведенных гемотрансфузиях, переносимости лекарственных препаратов, аллергологический статус;  
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:  
отсутствие диагностических мероприятий

;

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

проведение диагностических исследований, предусмотренных клиническими протоколами;

проведение диагностических исследований с высоким, неоправданным риском для состояния здоровья пациента, обоснованность проведения диагностических исследований, не вошедших в клинические протокола;

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:  
диагноз отсутствует, неполный или неправильный, не соответствует международной классификации болезней

;

не выделен ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть течения заболевания, не распознаны

сопутствующие заболевания и осложнения;

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

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 (помощи);

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

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

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

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

мнение консультанта ошибочное и повлияло на исход заболевания.

Наличие подтверждающей документации о проведении оценки объективности причин несвоевременной консультации и влияния несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);

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



отсутствие лечения при наличии показаний;

назначение лечения при отсутствии показаний;

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

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

необоснованное 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, оцениваются 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:

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

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

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

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	
177	Наличие подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе	Грубое
178	Наличие подтверждающей документации о ведении учетно-отчетной документации	незначительное
Требования для субъектов (объектов), оказывающих стоматологическую помощь		
179	Наличие подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе	Грубое
180	Наличие подтверждающей документации о соблюдении следующих требований при организации стоматологической помощи: 1) привлечение врачей смежных специальностей для оказания консультативной помощи при наличии сопутствующей патологии у пациентов со стоматологическими заболеваниями ( по медицинским показаниям); 2) направление пациентов со стоматологическими заболеваниями в челюстно-лицевые отделения многопрофильных стационаров в случаях , требующих оказания специализированной медицинской помощи и высокотехнологичных медицинских услуг с круглосуточным медицинским наблюдением; 3) предоставление стоматологической медицинской помощи пациенту после получения информированного его согласия по утвержденной форме письменного добровольного согласия пациента при инвазивных вмешательствах; 4) соблюдение показаний для экстренной госпитализации: - острые или обострение хронических одонтогенных и неодонтогенных	грубое

	<p>воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- травмы челюстно-лицевой области;</li> <li>- кровотечения челюстно-лицевой области;</li> </ul> <p>5) соблюдения показания для плановой госпитализации пациента со стоматологическими заболеваниями:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- уточнения диагноза в неясных и сложных для диагностики и лечения случаях и подбора необходимой схемы лечения;</li> <li>- лечения хронических заболеваний органов полости рта и челюстно-лицевой области в стадии обострения;</li> <li>- хирургического лечения доброкачественных опухолей и опухолеподобных заболеваний;</li> <li>- лечения травм и гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области;</li> <li>- хирургического лечения дефектов и деформаций челюстно-лицевой области;</li> <li>- хирургического лечения врожденной патологии челюстно-лицевой области.</li> </ul>	
181	Наличие договора на оказание платных услуг в организациях здравоохранения.	грубое
182	Наличие медицинской документации, подтверждающий соблюдение клинико-диагностических исследований по уровням оказания стоматологической помощи	значительное
183	Наличие формы № 058/у "Медицинская карта стоматологического больного (включая санацию)" на каждого пациента	незначительное
184	Наличие подтверждающей документации о соответствии проведенных лечебных и диагностических мероприятий с рекомендациями клинических протоколов. В случае отсутствия клинических протоколов, по международным стандартам и руководствами на основе доказательной медицины.	значительное
185	Наличие подтверждающей документации о ведении учетно-отчетной документации профильными специалистами, работающими в организациях здравоохранения, оказывающих стоматологическую помощь	значительное
	Наличие заполненной документации с информацией об оказании	

186	стоматологической помощи (электронные медицинские записи, сопутствующие материалы о состоянии здоровья и диагнозе пациента), в том числе в МИС по каждому зубу в карте осмотра молочных зубов и карте осмотра постоянных зубов	значительное
187	Наличие документации об определении аллергологического анамнеза пациента перед стоматологическими вмешательствами, требующими локальной (местной) анестезии, и по показаниям направление пациента в организации ПМСП или в медицинские организации для лабораторного обследования с целью выявления лекарственной аллергии	грубое
188	Наличие подтверждающей документации об оказании стоматологической помощи детям в амбулаторных условиях в виде консультативно-диагностической помощи по направлению и самообращаемости, включает в себя: 1) осмотр стоматолога; 2) направление по показаниям на лабораторные, функциональные, инструментальные, визуальные методы исследования (рентгенологические, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование) с целью постановки диагноза и дифференциальной диагностики; 3) оказание стоматологической помощи по выявленному заболеванию по клиническим протоколам; 4) направление на госпитализацию по экстренным показаниям и плановую госпитализацию для оказания специализированной медицинской помощи, в том числе с применением ВТМУ, в стационарозамещающих и стационарных условиях.	значительное
189	Наличие информированного согласия родителей или представителей при проведении детям стоматологических вмешательств, связанных с риском возникновения болевых ощущений, манипуляции проводятся по показаниям с применением обезболивания (местное, седация, общее)	значительное
	Наличие подтверждающей документации об оказании стоматологической помощи	

190	<p>взрослым в амбулаторных условиях в виде консультативно-диагностической помощи по самообращаемости и направлению, которая включает в себя:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) осмотр стоматолога;</li> <li>2) направление по показаниям на лабораторные, функциональные, инструментальные, визуальные методы исследования (рентгенологические, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование) с целью постановки диагноза и дифференциальной диагностики;</li> <li>3) оказание стоматологической помощи по выявленному заболеванию по клиническим протоколам.</li> <li>4) направление на госпитализацию по экстренным показаниям и плановую госпитализацию для оказания специализированной медицинской помощи в стационарозамещающих и стационарных условиях</li> </ol>	значительное
191	<p>Наличие подтверждающей документации об оказании стоматологической помощи в стационарных условиях врачами челюстно-лицевыми хирургами и включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использование специальных медицинских методов и технологий, а также медицинскую реабилитацию</p>	значительное
192	<p>Наличие подтверждающей документации о проведении консилиума либо применение дистанционных медицинских услуг при дифференциальной диагностике сложных, неясных случаев для верификации диагноза</p>	значительное
193	<p>Динамическому наблюдению и стоматологическим осмотрам подлежат дети в возрасте от 0 до 17 лет включительно и беременные женщины</p>	значительное
194	<p>Наличие подтверждающей документации об оказании профилактических мероприятий для беременных женщин и взрослого населения, которая включают контроль за гигиеническим состоянием полости рта, инструктаж по чистке зубов, выбор средств и предметов гигиены полости рта, профессиональную гигиену полости рта, санацию полости рта (с</p>	значительное

	использованием современных материалов и технологий), информационную разъяснительную работу о факторах риска возникновения стоматологических заболеваний, проводятся по маршруту первичного профилактического осмотра беременной женщины	
195	<p>Соблюдение следующих требований при организации и проведении врачебно-консультативной комиссии:</p> <p>1) наличие приказа руководителя медицинской организации:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- о создании врачебно-консультативной комиссии; - о составе, количестве членов (не менее трех врачей),</li> <li>- о работе и графике врачебно-консультативной комиссии</li> </ul> <p>2) наличие заключения врачебно-консультативной комиссии</p>	значительное
	<p>Наличие медицинской документации о соблюдении следующих требований при проведении экспертизы временной нетрудоспособности, выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности (форма № 001/у " Медицинская карта стационарного пациента", форма 052/у "Медицинская карта амбулаторного пациента", корешки листов о временной нетрудоспособности пациентов, форма № 025/у "Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии", форма № 029/у "Книга регистрации листов о временной нетрудоспособности" , форма № 037/у "Справка №_____ о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу , детскую дошкольную организацию ( нужное подчеркнуть)", форма № 038/у " Справка №_____ о временной нетрудоспособности" и другие):.</p> <p>1) наличие осмотра лица и записи данных о его состоянии здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного, обосновывающей необходимость временного освобождения его от работы;</p> <p>2) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности в день выписки лиц при стационарном лечении (включая</p>	

196	<p>дневные стационары, реабилитационные центры) на весь период стационарного лечения;</p> <p>3) закрытие листа и справки о временной нетрудоспособности датой выписки из стационара если трудоспособность лиц полностью восстановлена;</p> <p>4) продление лицам, продолжающим быть временно нетрудоспособными листа и справки о временной нетрудоспособности на срок, с учетом времени, необходимого для его явки к медицинскому работнику поликлиники или вызова медицинского работника на дом (но не более чем на один календарный день). Лицам, получавшим лечение за пределами региона проживания, учитывается время, необходимое для прибытия к месту его постоянного проживания (но не более чем на четыре календарных дня);</p> <p>5) выдача справки о временной нетрудоспособности при травмах, полученных в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также при острой алкогольной или наркотической интоксикации, на весь период временной нетрудоспособности;</p> <p>6) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам, страдающим психическими заболеваниями, при несвоевременном обращении в медицинскую организацию за прошедшие дни по заключению врачебно-консультативной комиссии психоневрологического диспансера или медицинского работника (врача-психиатра) совместно с руководителем медицинской организации ;</p> <p>7) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам, направленным по решению суда на судебно-медицинскую или судебно-психиатрическую экспертизу и признанных нетрудоспособными со дня поступления на экспертизу;</p> <p>8) выдачи одновременно листа и справки о временной нетрудоспособности лицу, совмещающему обучение с работой.</p>	значительное
197	Наличие письменного добровольного согласия пациента либо его законного представителя при инвазивных	значительное

	<p>вмешательствах и на проведение лечебно-диагностических мероприятий</p>	
<p>198</p>	<p>Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований оказания анестезиологической и реаниматологической помощи:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оказание специализированной медицинской помощи пациентам в экстренном и плановом порядках, в том числе высокотехнологичные медицинские услуги;</li> <li>2) определение метода анестезии, осуществление медикаментозной предоперационной подготовки и проведение разных методик анестезии при различных оперативных вмешательствах, родах, диагностических и лечебных процедурах;</li> <li>3) наблюдение за состоянием больных в посленаркозном периоде в палатах " пробуждения" до восстановления сознания и стабилизации функции жизненно важных органов;</li> <li>4) оценку степени нарушений функции жизненно важных органов и систем и проведение расширенного комплекса мероприятий по реанимации и интенсивной терапии при различных критических ситуациях, в том числе методами экстракорпоральной детоксикации, гипербарической оксигенации, электрокардиостимуляции;</li> <li>5) интенсивное наблюдение ( экспресс-контроль состояния систем жизнеобеспечения, а также метаболизма с использованием методов лабораторной и функциональной диагностики, мониторинга дыхания и кровообращения) , полноценная и целенаправленная коррекция расстройств;</li> <li>6) проведение реанимационных мер пациентам (при наличии показаний) в других отделениях;</li> <li>7) установление показаний для дальнейшего лечения больных в условиях ОАРИТ, а также перевод больных из ОАРИТ в профильные отделения после стабилизации функции жизненно важных органов с рекомендациями по лечению и обследованию на ближайшие сутки;</li> <li>8) консультирование врачей других отделений по вопросам практической анестезиологии и реаниматологии;</li> </ol>	<p>значительное</p>



9) анализ эффективности работы отделения и качества оказываемой медицинской помощи, разработка и проведение мероприятий по повышению качества оказания медицинской

Наличие документации (внутренние приказы, положения, протоколы, анкеты, аналитические справки) о проведении клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям:

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

отсутствие сбора анамнеза;

полнота сбора анамнеза;

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

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:

отсутствие диагностических мероприятий

;

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

проведение диагностических исследований, предусмотренных клиническими протоколами;

проведение диагностических исследований с высоким, неоправданным риском для состояния здоровья пациента, обоснованность проведения диагностических исследований, не вошедших в клинические протокола;

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: диагноз отсутствует, неполный или неправильный, не соответствует международной классификации болезней ;

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

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

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 (помощи);

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

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

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

консультация своевременная, мнение консультанта учтено при постановке диагноза, невыполнение рекомендации

значительное

консультанта по лечению частично повлияло на исход заболевания;

мнение консультанта ошибочное и повлияло на исход заболевания.

Наличие подтверждающей документации о проведении оценки объективности причин несвоевременной консультации и влияния несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);

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

отсутствие лечения при наличии показаний;

назначение лечения при отсутствии показаний;

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

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

необоснованное 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, оцениваются 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:

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

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

	<p>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;</p> <p>наличие полипрагмазии, обусловившее развитие нежелательных последствий;</p> <p>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</p>	
Требования для субъектов (объектов), оказывающих фтизиатрическую помощь		
Оказание противотуберкулезной помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне		
200	<p>Наличие подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе</p>	Грубое
	<p>Наличие подтверждающей документации об осуществлении специалистами ПМСП следующих мероприятий:</p> <p>1) проведение информационно-разъяснительной работы по профилактике, раннему выявлению туберкулеза;</p> <p>2) планирование (формирование списков подлежащих лиц, оформление графика), организацию и проведение флюорографического обследования с оформлением в медицинской документации результатов обследования;</p> <p>3) планирование (формирование списков подлежащих лиц, оформление графика), организацию и проведение туберкулинодиагностики детей и подростков с оформлением в медицинской документации результатов обследования, проведение дообследования туберкулиноположительных детей);</p> <p>4) направление на обследование лиц при подозрении на туберкулез по</p>	

201	<p>диагностическому алгоритму обследования;</p> <p>5) направление к фтизиатру лиц с положительными результатами флюорографического обследования, детей и подростков с впервые выявленной положительной и гиперергической туберкулиновой пробой, с нарастанием туберкулиновой чувствительности на 6 мм и более, детей с побочными реакциями и осложнениями на прививку против туберкулеза;</p> <p>6) планирование, организацию и проведение вакцинации против туберкулеза;</p> <p>7) Контролируемое лечение туберкулезной инфекции (далее -ТИ) по назначению фтизиатра, в том числе в видеонаблюдаемом режиме;</p> <p>8) обследование контактных;</p> <p>9) амбулаторное непосредственно-контролируемое или видеонаблюдаемое лечение больных туберкулезом;</p> <p>10) диагностику и лечение побочных реакций на противотуберкулезные препараты по назначению фтизиатра;</p> <p>11) диагностику и лечение сопутствующих заболеваний;</p> <p>12) ведение медицинских карт больных туберкулезом, находящихся на амбулаторном лечении, в том числе туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью;</p> <p>13) регулярное внесение данных в Национальный регистр больных туберкулезом в пределах компетенции</p>	грубое
202	Наличие подтверждающей документации по обследованию пациента при подозрении на туберкулез в организациях , оказывающих ПМСП по данной схеме	грубое
203	Наличие подтверждающей документации о выявлении туберкулеза методом флюорографии среди целевой группы населения: с высоким риском заболевания и подлежащих обязательному ежегодному флюорографическому обследованию	значительное
	Наличие подтверждающей документации об организации кабинетов непосредственно наблюдаемого лечения ( далее-ННЛ) в организациях ПМСП для проведения амбулаторного лечения.	

204	<p>Больной получает и принимает лекарства в кабинете ННЛ под контролем ответственного медицинского работника. Один раз в 10 дней больные, находящиеся на непосредственном контролируемом лечении, осматриваются врачом ПМСП/фтизиатром поликлиники, по показаниям – чаще. Больные, проживающие в сельской местности, осматриваются фтизиатром один раз в месяц</p>	значительное
205	<p>Проведение оценки клинического состояния больного, получающего противотуберкулезное лечение, на наличие нежелательных реакций и явлений осуществляется ежедневно лечащим врачом или врачом-фтизиатром, медицинским работником кабинета непосредственно наблюдаемого лечения. Медицинский работник, выявивший нежелательные реакции и явления на лекарственный препарат, заполняет карту-сообщение и оформляет запись в медицинской документации пациента.</p> <p>Первичная информация о нежелательных реакциях и явлениях предоставляется ответственным лицом медицинской организации в государственную экспертную организацию в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий. Контроль за регистрацией карт-сообщений возлагается на ответственное лицо по фармаконадзору.</p> <p>Каждый случай нежелательных реакций и явлений рассматривается на заседании централизованной врачебно-консультативной комиссии для определения причинно-следственной связи с принимаемыми медикаментами.</p>	грубое
206	<p>Наличие учет движения противотуберкулезных препаратов на амбулаторном уровне в журнале регистрации ПТП</p>	значительное
207	<p>Проведение беседы с пациентом (родителями или опекунами детей) до начала лечения о необходимости проведения полного курса химиотерапии с последующим подписанием информированного согласия</p>	значительное
	<p>Наличие подтверждающей документации о взятии на учет и диспансерное наблюдение за больными туберкулезом</p>	

208	осуществляется в организациях, оказывающих ПМСП, по месту фактического проживания, работы, учебы или прохождения воинской службы, независимо от прописки	значительное
209	Наличие подтверждающей документации о соблюдении следующих требований при организации и проведении врачебно-консультативной комиссии: 1) наличие приказа руководителя медицинской организации: - о создании центральной врачебно-консультативной комиссии; - о составе, количестве членов (не менее трех врачей), - о работе и графике центральной врачебно-консультативной комиссии 2) наличие заключения центральной врачебно-консультативной комиссии наличие ВКК и направление пациентов со стойкими признаками нарушения функций дыхательной системы на медико-социальную экспертную комиссию;	значительное
210	Наличие подтверждающей документации о соответствии уровней оказания медицинской реабилитации пациентам: 1) первичный уровень – медицинские организации первичной медико-санитарной помощи, имеющие в своей структуре кабинет/отделение реабилитации, дневной стационар и оказывающие медицинскую реабилитацию пациентам, состояние которых оценивается от 1 до 2-х баллов по Шкале реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ);	значительное
Оказание противотуберкулезной помощи на стационарном уровне		
211	Наличие подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе	Грубое
212	Распределение больных в отделениях по палатам с учетом данных лабораторных исследований и лекарственной чувствительности на момент поступления и в процессе лечения. Содержание больных с бактериовыделением с неизвестной	значительное

	<p>лекарственной чувствительностью в одноместных палатах или боксах до получения результатов теста на лекарственную чувствительность</p>	
213	<p>Наличие ежедневного осмотра врачом-фтизиатром пациентов, находящихся в стационаре.</p> <p>При осмотре и назначении дежурным врачом дополнительных диагностических и лечебных манипуляций проводятся соответствующие записи в медицинской карте. При ухудшении состояния пациента дежурный врач оповещает заведующего отделением и (или) лечащего врача, согласовывает внесение изменений в процесс диагностики и лечения, и делает запись в медицинской карте (бумажный и (или) электронный) вариант.</p> <p>В электронный вариант медицинской карты запись вносится не позднее суток с момента изменения состояния пациента.</p> <p>При неотложных состояниях кратность записей зависит от динамики тяжести состояния. Записи врача стационара отражают конкретные изменения в состоянии пациента и необходимость коррекции назначений, обоснование назначенного обследования и лечения, оценку и интерпретацию полученных результатов и эффективности проводимого лечения. Кратность осмотра при неотложных состояниях не реже каждые 3 часов, с указанием времени оказания неотложной помощи по часам и минутам</p>	значительное
214	<p>Наличие подтверждающей документации об организации консилиума в сложных ситуациях для верификации диагноза и определения тактики лечения с участием специалистов областных и республиканских уровней в очной или дистанционной форме посредством телемедицины</p>	грубое
215	<p>Наличие учета движения противотуберкулезных препаратов на стационарном уровне в журнале регистрации ПТП</p>	значительное
	<p>Наличие подтверждающей документации о соблюдении критериев выписки больного туберкулезом из стационара:</p>	



216	<p>1) отсутствие бактериовыделения и необходимости круглосуточного медицинского наблюдения;</p> <p>2) получение двух отрицательных результатов микроскопии, последовательно взятых с интервалом не менее 10 календарных дней у больных с исходным бактериовыделением;</p> <p>3) общепринятые исходы стационарного лечения (выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, смерть и переведен в другую медицинскую организацию);</p> <p>4) по письменному заявлению пациента (его законного представителя) до завершения курса лечения при отсутствии непосредственной опасности для жизни пациента или для окружающих</p>	значительное
217	Наличие письменного добровольного согласия пациента либо его законного представителя при инвазивных вмешательствах и на проведение лечебно-диагностических мероприятий	значительное
218	Наличие осмотра заведующим отделением тяжелых пациентов в день госпитализации, в последующем – ежедневно. Пациенты, находящиеся в среднетяжелом состоянии, осматриваются не реже одного раза в неделю. Результаты осмотра пациента регистрируются в медицинской карте с указанием рекомендаций по дальнейшей тактике ведения пациента с обязательной идентификацией медицинского работника, вносящего записи	значительное
219	Наличие установленного клинического диагноза совместно с заведующим отделением не позднее трех календарных дней со дня госпитализации пациента в организацию здравоохранения	значительное
220	Наличие консультаций или консилиума при затруднении в идентификации диагноза, неэффективности проводимого лечения, а также при иных показаниях	грубое
221	Наличие выдачи выписного эпикриза пациенту на руки при выписке с указанием полного клинического диагноза, проведенного объема диагностических исследований, лечебных мероприятий и рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению. Данные по выписке заносятся в	незначительное

	<p>информационные системы день в день, с указанием фактического времени выписки.</p>	
<p>222</p>	<p>Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований оказания анестезиологической и реаниматологической помощи:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оказание специализированной медицинской помощи пациентам в экстренном и плановом порядках, в том числе высокотехнологичные медицинские услуги;</li> <li>2) определение метода анестезии, осуществление медикаментозной предоперационной подготовки и проведение разных методик анестезии при различных оперативных вмешательствах, родах, диагностических и лечебных процедурах;</li> <li>3) наблюдение за состоянием больных в посленаркозном периоде в палатах " пробуждения" до восстановления сознания и стабилизации функции жизненно важных органов;</li> <li>4) оценку степени нарушений функции жизненно важных органов и систем и проведение расширенного комплекса мероприятий по реанимации и интенсивной терапии при различных критических ситуациях, в том числе методами экстракорпоральной детоксикации, гипербарической оксигенации, электрокардиостимуляции;</li> <li>5) интенсивное наблюдение (экспресс-контроль состояния систем жизнеобеспечения, а также метаболизма с использованием методов лабораторной и функциональной диагностики, мониторинга дыхания и кровообращения) , полноценная и целенаправленная коррекция расстройств;</li> <li>6) проведение реанимационных мер пациентам (при наличии показаний) в других отделениях;</li> <li>7) установление показаний для дальнейшего лечения больных в условиях ОАРИТ, а также перевод больных из ОАРИТ в профильные отделения после стабилизации функции жизненно важных органов с рекомендациями по лечению и обследованию на ближайшие сутки;</li> </ol>	<p>значительное</p>

	<p>8) консультирование врачей других отделений по вопросам практической анестезиологии и реаниматологии;</p> <p>9) анализ эффективности работы отделения и качества оказываемой медицинской помощи, разработка и проведение мероприятий по повышению качества оказания медицинской помощи и снижению летальности</p>	
223	<p>Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований к переливанию компонентов крови и в случае развития осложнений:</p> <p>Перед переливанием компонентов крови реципиент обследуется на маркеры гемотрансмиссивных инфекций ВИЧ, гепатиты В и С, а после окончания лечения в выписном эпикризе указывается необходимость повторного обследования на ВИЧ и гепатиты В и С по месту жительства.</p> <p>Обследование реципиентов на наличие ВИЧ-инфекции в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи осуществляется в государственных организациях здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции</p> <p>В медицинскую карту пациента до начала трансфузионной терапии вносятся сведения, касающиеся трансфузионного анамнеза:</p> <p>наличие предшествующих переливаний, когда и в связи с чем;</p> <p>имелись ли посттрансфузионные осложнения, беременности, закончившиеся рождением детей с гемолитической болезнью новорожденного.</p> <p>В случае развития осложнений во время биологической пробы, во время переливания или после него, производится подробная запись (записи) с описанием состояния реципиента, данных мониторинга жизненно важных функций, методов лечения и их эффективности.</p> <p>Проводится немедленный лабораторный контроль крови и мочи реципиента.</p>	грубое
	<p>Наличие обследования лиц по клиническим показаниям на ВИЧ-инфекции при выявлении</p>	

следующих заболеваний, синдромов и симптомов:

- 1) увеличение двух и более лимфатических узлов длительностью более 1 месяца, персистирующая, генерализованная лимфаденопатия;
- 2) лихорадка неясной этиологии (постоянная или рецидивирующая длительностью более 1 месяца);
- 3) необъяснимая тяжелая кахексия или выраженные нарушения питания, плохо поддающиеся стандартному лечению (у детей), необъяснимая потеря 10% веса и более;
- 4) хроническая диарея в течение 14 суток и более (у детей), необъяснимая хроническая диарея длительностью более месяца;
- 5) себорейный дерматит, зудящая папулезная сыпь (у детей);
- 6) ангулярный хейлит;
- 7) рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей (синусит, средний отит, фарингит, трахеит, бронхит);
- 8) опоясывающий лишай;
- 9) любой диссеминированный эндемический микоз, глубокие микозы (кокцидиоидоз, внелегочный криптококкоз (криптококковый менингит), споротрихоз, аспергиллез, изоспороз, внелегочной гистоплазмоз, стронгилоидоз, актиномикоз);
- 10) туберкулез легочный и внелегочный, в том числе диссеминированная инфекция, вызванная атипичными микобактериями, кроме туберкулеза периферических лимфоузлов;
- 11) волосатая лейкоплакия полости рта, линейная эритема десен;
- 12) тяжелые затяжные рецидивирующие пневмонии и хронические бронхиты, не поддающиеся обычной терапии (кратностью два или более раз в течение года), бессимптомная и клинически выраженная лимфоидная интерстициальная пневмония;
- 13) сепсис, затяжные и рецидивирующие гнойно-бактериальные заболевания внутренних органов (пневмония, эмпиема плевры, менингит, менингоэнцефалиты, инфекции костей и суставов, гнойный

миозит, сальмонеллезная септицемия (грубое кроме *Salmonella typhi*), стоматиты, гингивиты, периодонтиты);

- 14) пневмоцистная пневмония;
- 15) инфекции, вызванные вирусом простого герпеса, с поражением внутренних органов и хроническим (длительностью более одного месяца с момента заболевания) поражением кожи и слизистых оболочек, в том числе глаз;
- 16) кардиомиопатия;
- 17) нефропатия;
- 18) энцефалопатия неясной этиологии;
- 19) прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия;
- 20) саркома Капоши;
- 21) новообразования, в том числе лимфома (головного мозга) или В-клеточная лимфома;
- 22) токсоплазмоз центральной нервной системы;
- 23) кандидоз пищевода, бронхов, трахеи, легких, слизистых оболочек полости рта и носа;
- 24) диссеминированная инфекция, вызванная атипичными микобактериями;
- 25) кахексия неясной этиологии;
- 26) затяжные рецидивирующие пиодермии, не поддающиеся обычной терапии;
- 27) тяжелые хронические воспалительные заболевания женской половой сферы неясной этиологии;
- 28) инвазивные новообразования женских половых органов;
- 29) мононуклеоз через 3 месяцев от начала заболевания;
- 30) инфекции, передающихся половым путем (сифилис, хламидиоз, трихомониаз, гонорея, генитальный герпес, вирусный папилломатоз и другие) с установленным диагнозом;
- 31) вирусные гепатиты В и С, при подтверждении диагноза;
- 32) обширные сливные кондиломы;
- 33) контагиозный моллюск с обширными высыпаниями, гигантский обезображивающий контагиозный моллюск;
- 34) первичное слабоумие у ранее здоровых лиц;
- 35) больные гемофилией и другими заболеваниями, систематически

	<p>получающие переливание крови и ее компонентов;</p> <p>36) генерализованная цитомегаловирусная инфекция</p>	
<p>225</p>	<p>Наличие медицинской документации о соблюдении следующих требований при проведении экспертизы временной нетрудоспособности, выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности (форма №001/у "Медицинская карта стационарного пациента", форма 052/у "Медицинская карта амбулаторного пациента", корешки листов о временной нетрудоспособности пациентов, форма № 025/у "Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии", форма № 029/у "Книга регистрации листов о временной нетрудоспособности", форма № 037/у "Справка №_____ о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детскую дошкольную организацию (нужное подчеркнуть)", форма № 038/у "Справка №_____ о временной нетрудоспособности" и другие):.</p> <p>1) наличие осмотра лица и записи данных о его состоянии здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) пациента, обосновывающей необходимость временного освобождения его от работы;</p> <p>2) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности в день выписки лиц при стационарном лечении (включая дневные стационары, реабилитационные центры) на весь период стационарного лечения;</p> <p>3) закрытие листа и справки о временной нетрудоспособности датой выписки из стационара если трудоспособность лиц полностью восстановлена;</p> <p>4) продление лицам, продолжающим быть временно нетрудоспособными листа и справки о временной нетрудоспособности на срок, с учетом времени, необходимого для его явки к медицинскому работнику поликлиники или вызова медицинского работника на дом (но не более чем на один календарный день). Лицам, получавшим</p>	<p>значительное</p>

лечение за пределами региона проживания, учитывается время, необходимое для прибытия к месту его постоянного проживания (но не более чем на четыре календарных дня);

5) выдача справки о временной нетрудоспособности при травмах, полученных в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также при острой алкогольной или наркотической интоксикации, на весь период временной нетрудоспособности;

6) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам, страдающим психическими заболеваниями, при несвоевременном обращении в медицинскую организацию за прошедшие дни по заключению врачебно-консультативной комиссии психоневрологического диспансера или медицинского работника (врача-психиатра) совместно с руководителем медицинской организации ;

7) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам, направленным по решению суда на судебно-медицинскую или судебно-психиатрическую экспертизу и признанных нетрудоспособными со дня поступления на экспертизу;

8) выдачи одновременно листа и справки о временной нетрудоспособности лицу, совмещающему обучение с работой.

Наличие документации (внутренние приказы, положения, протоколы, анкеты, аналитические справки) о проведении клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям:

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

отсутствие сбора анамнеза;

полнота сбора анамнеза;

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

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:

- отсутствие диагностических мероприятий ;
- неправильное заключение или отсутствие заключения по результатам проведенных диагностических исследований, приведшие к неправильной постановке диагноза и ошибкам в тактике лечения;
- проведение диагностических исследований, предусмотренных клиническими протоколами;
- проведение диагностических исследований с высоким, неоправданным риском для состояния здоровья пациента, обоснованность проведения диагностических исследований, не вошедших в клинические протокола;
- 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:

- диагноз отсутствует, неполный или неправильный, не соответствует международной классификации болезней ;
- не выделен ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть течения заболевания, не распознаны сопутствующие заболевания и осложнения;
- диагноз правильный, но неполный, не выделен ведущий патологический синдром при выделенных осложнениях, не распознаны сопутствующие заболевания, влияющие на исход;
- 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 (помощи);

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

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

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

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

мнение консультанта ошибочное и повлияло на исход заболевания.

Наличие подтверждающей документации о проведении оценки объективности причин несвоевременной консультации и влияния несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);

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

отсутствие лечения при наличии показаний;

назначение лечения при отсутствии показаний;

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

выполнение лечебных мероприятий не в полном объеме, без учета

значительное

функционального состояния органов и систем, назначения лекарственных средств без доказанной клинической эффективности;

необоснованное 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, оцениваются 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: достижение ожидаемого клинического эффекта при соблюдении технологии оказания медицинских услуг (помощи); отсутствие клинического эффекта лечебных и профилактических мероприятий вследствие некачественного сбора анамнеза и проведения диагностических исследований;

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;

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

Наличие документации о соблюдении следующих действий при проведении патологоанатомического вскрытия:

1) проведение патологоанатомического вскрытия трупов после констатации

врачами биологической смерти, после предоставления медицинской карты стационарного пациента или медицинской карты амбулаторного пациента с письменным распоряжением главного врача или его заместителя по медицинской (лечебной) части организации здравоохранения о направлении на патологоанатомическое вскрытие;

2) оформление результатов патологоанатомического вскрытия в виде патологоанатомического диагноза (патологоанатомический диагноз включает: основное заболевание, осложнение основного заболевания, сопутствующее заболевание, комбинированное основное заболевание);

3) передача медицинской карты стационарного пациента или медицинской карты амбулаторного пациента с внесенным в нее патологоанатомическим диагнозом в медицинский архив организации здравоохранения не позднее десяти рабочих дней после патологоанатомического вскрытия;

4) проведение клинико-патологоанатомического разбора в случаях смерти больных в организациях здравоохранения;

5) патологоанатомическое вскрытие при подозрениях на острые инфекционные, онкологические заболевания, патологию детского возраста, летальный исход в связи с медицинскими манипуляциями в целях установления причины смерти и уточнения диагноза заболевания со смертельным исходом;

6) организация главным врачом и заведующим патологоанатомического отделения вирусологического (иммунофлюоресцентного) и бактериологического исследования материалов вскрытия трупов в случаях подозрения на инфекционные заболевания;

7) передача в патологоанатомическое бюро, централизованное патологоанатомическое бюро и патологоанатомическое отделение медицинских карт стационарных пациентов на всех умерших за предшествующие сутки не позднее 10

часов утра дня, следующего после установления факта смерти;

8) оформление:

- медицинского свидетельства о смерти (предварительное, окончательное) врачом по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" в день проведения патологоанатомического вскрытия;

- медицинского свидетельства о перинатальной смерти (предварительное, окончательное) врачом по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" в день проведения патологоанатомического вскрытия;

9) оформление результатов вскрытия в виде протокола патологоанатомического исследования; 10) наличие письменного уведомления в судебно-следственные органы для решения вопроса о передаче трупа на судебно-медицинскую экспертизу при обнаружении признаков насильственной смерти и прекращение проведения патологоанатомического исследования трупа;

11) наличие письменного извещения врача по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" в случае первичного обнаружения во время вскрытия признаков острого инфекционного заболевания, пищевого или производственного отравления, необычной реакции на прививку, а также экстренное извещение в органы государственной санитарно-эпидемиологической службы, сразу же после их выявления;

12) проведение патологоанатомического исследования плаценты:

- в случае мертворождения;

- при всех заболеваниях новорожденных, выявленных в момент рождения;

- в случаях, подозрительных на гемолитическую болезнь новорожденных ;

- при раннем отхождении вод и при грязных водах;

- при заболеваниях матери, протекающих с высокой температурой в последний триместр беременности;

- при явной аномалии развития или прикрепления плаценты;

грубое

	<p>- при подозрении на наличие врожденных аномалий развития плода;</p> <p>- при случаях преэклампсий, эклампсий</p> <p>13) обязательная регистрация плода массой менее 500 граммов с антропометрическими данными (масса, рост, окружность головы, окружность грудной клетки);</p> <p>14) установление патологоанатомического вскрытия в зависимости от сложности на следующие категории:</p> <p>- первая категория;</p> <p>- вторая категория;</p> <p>- третья категория;</p> <p>- четвертая категория;</p> <p>15) установление врачом по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" категории патологоанатомического вскрытия и причины расхождения диагнозов при расхождении заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов</p> <p>16) наличие подробного анализа с определением профиля и категорий ятрогении во всех случаях ятрогенной патологии, выявленные в результате патологоанатомического вскрытия</p>	
228	Наличие письменного заявления супруга (супруги), близких родственников или законных представителей умершего либо письменного волеизъявления, данного лицом при его жизни для выдачи трупа без проведения патологоанатомического вскрытия, при отсутствии подозрения на насильственную смерть	значительное
229	Наличие договора на оказание платных медицинских услуг в организациях здравоохранения. Наличие документов, устанавливающих факт сооплаты	грубое
	Наличие подтверждающей документации о соответствии уровней оказания медицинской реабилитации пациентам: <p>1) вторичный уровень – медицинские организации, имеющие в своей структуре специализированные отделения и (или) центры, осуществляющие медицинскую реабилитацию в амбулаторных, стационарозамещающих и стационарных условиях, оказывающие медицинскую</p>	

230	<p>реабилитацию пациентам, состояние которых оценивается от 2-х до 4-х баллов по ШРМ;</p> <p>2) третичный уровень – специализированные медицинские организации, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую реабилитацию, в том числе с применением высокотехнологичных услуг, в амбулаторных, стационарозамещающих и стационарных условиях, пациентам, состояние которых оценивается от 2-х до 4-ти баллов по ШРМ</p>	значительное
231	<p>Наличие записи медицинского работникого в медицинской карте с последующим забором биологических материалов на определение содержания психоактивного вещества с занесением результатов в медицинскую карту при обнаружении признаков употребления психоактивных веществ во время обращения за медицинской помощью в организацию здравоохранения без вынесения Заключения медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения</p>	незначительное
232	<p>Наличие подтверждающей документации о соответствии проведенных лечебных и диагностических мероприятий с рекомендациями клинических протоколов.</p>	значительное
Требования для субъектов (объектов), оказывающих онкологическую помощь		
233	<p>Наличие подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе</p>	Грубое
	<p>Наличие мультидисциплинарной группы для обеспечения индивидуального подхода к оказанию медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями.</p> <p>МДГ состоит из руководителя (врач менеджер здравоохранения или врач по специальности "Онкология"), врачей по специальностям: "Онкология"; "Онкология и гематология детская"; "Онкология радиационная", "Онкология химиотерапевтическая", "Радиология", "</p>	

234	<p>Ядерная медицина", "Маммология", "Онкологическая хирургия",          Ультразвуковая диагностика по профилю основной специальности", "Эндоскопия по профилю основной специальности", "Патологическая анатомия", "Цитопатология", "Хоспис и паллиативная помощь", средний медицинский работник для ведения протокола заседания. В сложных клинических случаях привлекаются профильные специалисты соответствующих специальностей и специализаций, а также специалисты психолого-социального профиля.</p>	грубое
235	<p>Наличие подтверждающей документации о рассмотрении на заседаниях МДГ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) все первичные пациенты с верифицированным диагнозом ЗН. В случае установки диагноза ЗН после проведенного планового оперативного лечения заседание МДГ проводится в отделении, по результатам полученного гистологического заключения;</li> <li>2) пациенты с подозрением на ЗН, диагностика которых затруднена;</li> <li>3) пациенты с рецидивом ЗН;</li> <li>4) пациенты, нуждающиеся в изменении тактики лечения в связи с возникшими осложнениями, противопоказаниями, прогрессированием процесса; при получении дополнительных данных в процессе лечения;</li> <li>5) пациенты в случае невозможности выполнения рекомендаций предыдущего заседания МДГ по причине осложнений, прогрессирования, наличия противопоказаний, отказа пациента;</li> <li>6) пациенты, нуждающиеся в направлении на диагностику и лечение в организации третичного уровня и за рубеж;</li> <li>7) пациенты, нуждающиеся в таргетных и иммунопрепаратах.</li> </ol>	грубое
	<p>Наличие подтверждающей документации об организации специалистами ПМСП:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) комплекса мероприятий по профилактике и раннему выявлению предраковых и онкологических заболеваний, включая информационно-разъяснительную работу среди прикрепленного населения по вопросам онкологической настороженности;</li> </ol>	

- 2) скрининговых исследований целевых групп взрослого населения для раннего выявления ЗН и поведенческих факторов;
- 3) опроса и осмотра пациентов в смотровом, доврачебном кабинетах с целью раннего выявления предраковых и онкологических заболеваний;
- 4) осмотра врача общей практики (далее – ВОП) с целью определения состояния пациента и направления к врачу онкологу, маммологу, профильным специалистам при подозрении на ЗН и прогрессировании процесса при подозрении на злокачественное новообразование и (или) прогрессировании онкологического процесса врачом общей практики организации первичной медико-санитарной помощи, врачом специалистом организации консультативно-диагностической помощи;
- 5) формирования групп лиц с риском развития онкологических заболеваний для их последующего оздоровления с привлечением профильных специалистов, мониторинг поведенческих факторов риска и обучение навыкам снижения выявленных факторов риска ЗН осуществляется по наблюдению групп повышенного онкологического риска в медицинских организациях первичной медико-санитарной помощи и консультативно-диагностической помощи;
- 6) выездов мобильных групп на места с целью повышения уровня диагностики ЗН в составе ВОП, онколога, профильных специалистов с использованием передвижных медицинских комплексов;
- 7) динамического наблюдения за пациентами с онкологическими, хроническими и предопухолевыми заболеваниями в зависимости от клинической группы;
- 8) паллиативной медицинской помощи и медицинской реабилитации пациентам с ЗН по клиническим протоколам.

значительное

Наличие подтверждающей документации об оказании КДП, которая включает:

1) врачебный осмотр с целью определения состояния пациента и установления диагноза;



237	<p>2) дообследование лиц с подозрением на ЗН с целью верификации диагноза;</p> <p>3) лабораторное и инструментальное обследование пациента; отбор и направление на госпитализацию онкологических пациентов для получения специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичных медицинских услуг;</p> <p>4) ведение и лечение пациента с учетом рекомендаций МДГ;</p> <p>5) проведение амбулаторной противоопухолевой терапии.</p>	значительное
238	<p>Наличие подтверждающей документации о направлении ВОП пациента к онкологу или КООП при подозрении или выявлении опухолевого заболевания. Онколог или КООП с момента выдачи направления ВОП в течение семи рабочих дней проводит осмотр и необходимые исследования, по результатам которых направляет пациента в организацию, оказывающую онкологическую помощь, для подтверждения диагноза и определения последующей тактики ведения и лечения. Врач-онколог с момента установления предварительного диагноза ЗН или подозрения на рецидив заболевания организует забор цитологического, гистологического материала (биопсийного, операционного материала), консервацию, маркировку и направление на морфологическое исследование материала, а также направляет на диагностические исследования, необходимые для установления диагноза, распространенности онкологического процесса и определения стадии заболевания, рецидива заболевания.</p>	значительное
	<p>Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований при оказании онкологической помощи в форме амбулаторно-поликлинической помощи: формирование групп лиц с риском развития онкологических заболеваний; осмотр врачом с целью определения состояния пациента и установления диагноза;</p> <p>лабораторное и инструментальное обследование пациента с целью постановки диагноза;</p>	

239	<p>динамическое наблюдение за онкологическими больными;</p> <p>отбор и направление на госпитализацию онкологических больных для получения специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичных медицинских услуг;</p> <p>дообследование лиц с подозрением на ЗН с целью верификации диагноза;</p> <p>определение тактики ведения и лечения пациента;</p> <p>проведение амбулаторной противоопухолевой терапии</p>	значительное
240	<p>Наличие подтверждающей документации о проведении ИГХ и молекулярно-генетических исследований для определения молекулярно-биологических особенностей опухолей с целью индивидуализации лечения пациентов, а также для подтверждения (верификации) диагноза ЗН. ИГХ исследования проводятся на уровне патоморфологических лабораторий организаций, оказывающих онкологическую помощь, вторичного уровня и референс-центров третичного уровня и осуществляются по клиническим протоколам.</p> <p>К направлению материала для ИГХ исследований (парафиновые блоки и микропрепараты) прилагаются выписка из медицинской карты амбулаторного или стационарного пациента, заключение МДГ, гистологическое заключение.</p> <p>Доставка материалов для ИГХ исследований осуществляется по почте, курьерской службой, лично пациентом и (или) его родственниками.</p> <p>Сроки проведения ИГХ исследований не превышают четырнадцати рабочих дней со дня получения материала. Заключение ИГХ исследования с указанием даты, номера исследования, фамилии исполнителя вносится в МИС и передается в организацию, направившую материал на исследование, посредством информационного взаимодействия или по почте.</p> <p>Референс-центр осуществляет консультации сложных диагностических случаев, экспертизу ИГХ исследования с</p>	значительное

	<p>использованием возможностей телемедицинского консультирования ( дистанционных медицинских услуг). Экспертиза ИГХ исследований, проводимых в патоморфологических лабораториях, осуществляется референс-центрами не реже одного раза в год.</p> <p>Хранение парафиновых блоков, стеклопрепаратов и заключений в архиве патоморфологических лабораторий осуществляется в течение пятнадцати лет , в архиве референс-центров – двадцать пять лет.</p>	
241	<p>Наличие подтверждающей документации о проведении международных телеконсультаций биообразцов опухолей через систему телепатологии для уточнения диагноза в сложных клинических случаях. Сроки проведения телеконсультаций не превышают тридцать рабочих дней.</p>	грубое
242	<p>Наличие подтверждающей документации об отображении в МИС весь периода обследования пациентов с подозрением на наличие ЗН в амбулаторных условиях с указанием маркеров онконастороженности в рамках следующих сроков обследования:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) специалист смотрового кабинета при подозрении или выявлении опухолевого заболевания выставляет маркер " Онконастороженность 1", направляет пациента к ВОП в течение трех рабочих дней;</li> <li>2) ВОП совместно с профильным специалистом проводит дообследование и направляет пациента к онкологу или КООП в течение пяти рабочих дней с установкой маркера " Онконастороженность 2";</li> <li>3) онколог или КООП с момента выдачи направления ВОП в течение десяти рабочих дней проводит осмотр и необходимые исследования, по результатам которых направляет пациента в организацию, оказывающую онкологическую помощь, для подтверждения и установления диагноза, определения последующей тактики ведения и лечения с установкой маркера " Онконастороженность 3";</li> </ol>	грубое

	<p>4) консультации специалистами и обследование пациентов с подозрением на ЗН в амбулаторных условиях проводится по "зеленому" коридору – вне общей очередности и ограничений, в течение восемнадцати рабочих дней;</p> <p>5) врач-онколог организации вторичного уровня проводит диагностические исследования, необходимые для подтверждения и установления окончательного диагноза, распространенности процесса.</p> <p>6) углубленное обследование пациентов Ia клинической группы с целью верификации диагноза проводится в течение пятнадцати рабочих дней с момента обращения в организацию, оказывающую онкологическую помощь, с целью уточнения тактики лечения и персонализации терапии – в течение тридцати рабочих дней;</p> <p>7) весь маршрут первичного онкологического пациента, сроки обследования в соответствии с маркерами онконастороженности мониторируются в ситуационном центре организации, координирующую онкологическую помощь в регионе.</p>	
243	Наличие подтверждающей документации о том, что специализированное лечение пациента с ЗН начинается не позднее тридцати календарных дней с момента установления диагноза и взятия под динамическое наблюдение.	
	<p>Наличие подтверждающей документации о проведении динамического наблюдения по клиническим группам пациентов с подозрением на ЗН и подтвержденным диагнозом ЗН:</p> <p>1) группа Ia – пациенты с заболеванием, подозрительным на ЗН;</p> <p>2) группа Ib – пациенты с предопухолевыми заболеваниями;</p> <p>3) группа II – пациенты со ЗН, подлежащие специальному лечению (хирургическое лечение, химиотерапия, лучевая терапия, иммунная клеточная терапия);</p> <p>4) группа IIa – пациенты с ранними формами ЗН, подлежащие радикальному лечению;</p> <p>5) группа III – пациенты после проведенного радикального лечения</p>	

злокачественной опухоли (практически здоровые лица);

б) группа IV – пациенты с распространенными формами ЗН, подлежащие паллиативному или симптоматическому лечению.

По результатам углубленного обследования пациента Ia клинической группы врачи первичного уровня снимают подозрение на ЗН или переводят в соответствующие клинические группы:

1) при выявлении предопухолевого заболевания пациента переводят в Ib клиническую группу;

2) при подтверждении (верификации) диагноза ЗН пациента берут на динамическое наблюдение по II клинической группе;

3) пациенты с запущенными формами ЗН, не поддающимися специальному лечению, переводятся в IV клиническую группу.

Пациенты Ib клинической группы подлежат динамическому наблюдению и оздоровлению специалистами ПМСП и КДП в организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по месту их прикрепления, осуществляемые по наблюдению групп повышенного онкологического риска в медицинских организациях наблюдения групп повышенного онкологического риска в медицинских организациях первичной медико-санитарной помощи и консультативно-диагностической помощи.

Во II клинической группе наблюдаются все первичные пациенты со ЗН, которым показано специальное лечение, независимо от стадии заболевания, в том числе пациенты с 4 стадией ЗН, при наличии показаний к специальному лечению.

Перевод из II клинической группы в III группу осуществляется после завершения полного курса специального лечения при получении диагностически подтвержденных результатов радикального излечения, а также отсутствия прогрессирования и рецидива ЗН.

Медицинское динамическое наблюдение пациентов III клинической группы осуществляется:

значительное

- 1) в течение первого года заболевания – один раз в три месяца;
- 2) в течение второго года заболевания – один раз в шесть месяцев;
- 3) с третьего года – один раз в год.

Динамическое наблюдение II клинической группы специалистами вторичного уровня проводится в соответствии с периодическими клиническими протоколами, не менее чем один раз в три месяца.

Пациенты из III клинической группы переводятся во II при прогрессировании и рецидиве ЗН.

К IV клинической группе относятся пациенты с запущенными формами ЗН, с отягощающей сопутствующей патологией, не позволяющей проводить специальное лечение, подлежащие паллиативному или симптоматическому лечению.

Перевод из II клинической группы в IV осуществляется при прогрессировании заболевания на фоне лечения.

Перевод из III клинической группы в IV осуществляется при прогрессировании заболевания за время динамического наблюдения и ухудшения состояния, не позволяющего проводить специальное лечение.

Пациенты IV клинической группы, нуждающиеся в получении паллиативного и симптоматического лечения, наблюдаются в организации ПМСП по месту прикрепления. С онкологического учета пациенты IV клинической группы не снимаются.

Пациенты со ЗН подлежат пожизненному медицинскому динамическому наблюдению в организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях по месту прикрепления – первичный уровень (III клиническая группа) и организациями, оказывающими онкологическую помощь на вторичном уровне (II клиническая группа) по месту жительства и прикрепления.

При смене места жительства и смене организации прикрепления в пределах страны, региона, пациент с динамического наблюдения не снимается, а проводится его дислокация по месту

245	<p>нового прикрепления или проживания, с направлением документов в организации первичного и вторичного уровней.</p> <p>Пациент со ЗН снимается с учета в случаях:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) переезда в другую страну с выдачей ему подробной выписки из медицинской карты амбулаторного пациента;</li> <li>2) наблюдения в организации, оказывающей онкологическую помощь, с диагнозом "Базалиома кожи", "Трофобластическая болезнь" свыше пяти лет после излечения, при отсутствии рецидивов;</li> <li>3) смерти на основании медицинского свидетельства о смерти.</li> </ol>	значительное
246	<p>При установлении диагноза ЗН впервые на каждого пациента заполняется форма № 034/у "Извещение", которая в течение трех рабочих дней направляется в организацию, оказывающую онкологическую помощь на вторичном уровне по месту постоянного проживания пациента для регистрации в Электронном регистре онкологических больных и взятия на учет, с указанием обстоятельств установления диагноза (самообращение пациента в медицинскую организацию ПМСП, КДП – первичный уровень, самообращение пациента в организацию, оказывающую онкологическую помощь на вторичном и третичном уровнях, диагноз установлен при проведении скринингового обследования, диагноз установлен при проведении профилактического осмотра).</p>	значительное
247	<p>На каждого пациента с впервые в жизни установленным диагнозом ЗН IV стадии заболевания и при визуально доступных локализациях III стадии заполняется протокол на случай выявления у пациента запущенной формы злокачественного новообразования (клиническая группа V).</p> <p>В организации ПМСП, КДП к которой прикреплен пациент с выявленным запущенным ЗН, проводится в обязательном порядке разбор всех выявленных запущенных случаев. Материалы разбора запущенного случая направляются в организацию, координирующую онкологическую помощь в регионе в течение десяти</p>	грубое

	<p>рабочих дней с момента получения протокола о запущенном случае ЗН. Информация по разборам запущенных случаев ежемесячно предоставляется организацией, координирующую онкологическую помощь в регионе, в уполномоченный орган в области здравоохранения главному специалисту (внештатному онкологу).</p>	
248	<p>Наличие обязательного конфиденциального медицинского обследования на наличие ВИЧ-инфекции лиц по клиническим и эпидемиологическим показаниям, включая половых партнеров беременных, лиц, обратившихся добровольно и анонимно</p>	<p>значительное</p>
249	<p>Наличие подтверждающей документации о соблюдении показаний для госпитализации в дневной стационар при амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения и в стационар на дому:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) обострение хронических заболеваний, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения;</li> <li>2) активное плановое оздоровление группы пациентов с хроническими заболеваниями, подлежащими динамическому наблюдению;</li> <li>3) долечивание пациента на следующий день после курса стационарного лечения по медицинским показаниям;</li> <li>4) проведение курсов медицинской реабилитации второго и третьего этапа;</li> <li>5) паллиативная помощь;</li> <li>6) орфанные заболевания у детей, сопряженных с высоким риском инфекционных осложнений и требующих изоляции в период сезонных вирусных заболеваний, для получения регулярной заместительной ферментативной и антибактериальной терапии.</li> </ol> <p>Соблюдение требований для госпитализации в дневной стационар при круглосуточном стационаре:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) проведение операций и вмешательств со специальной предоперационной подготовкой и реанимационной поддержкой;</li> <li>2) проведение сложных диагностических исследований, требующих специальной предварительной подготовки, а также не</li> </ol>	<p>значительное</p>



д о с т у п н ы х в  
амбулаторно-поликлинических  
организациях здравоохранения;  
3) наблюдение пациентов, лечение  
которых связано с переливанием  
препаратов крови, внутривенных  
вливаний кровезамещающих жидкостей,  
специфической гипосенсибилизирующей  
терапии, инъекций сильнодействующих  
препаратов, внутрисуставных введений  
лекарственных средств;  
4) долечивание на следующий день после  
стационарного лечения при наличии  
показаний к ранней выписке после  
оперативного лечения;  
5) паллиативная помощь;  
6) химиотерапия, лучевая терапия,  
коррекция патологических состояний,  
возникших после проведения  
специализированного лечения  
онкологическим пациентам

Наличие медицинской документации о  
соблюдении следующих требований при  
проведении экспертизы временной  
нетрудоспособности, выдачи листа и  
справки о временной  
нетрудоспособности (форма № 001/у " "  
Медицинская карта стационарного  
пациента", форма 052/у "Медицинская  
карта амбулаторного пациента", корешки  
листов о временной нетрудоспособности  
пациентов, форма № 025/у "Журнал для  
записи заключений  
врачебно-консультационной комиссии",  
форма № 029/у "Книга регистрации  
листов о временной нетрудоспособности"  
, форма № 037/у "Справка № \_\_\_\_\_  
о временной нетрудоспособности  
студента, учащегося колледжа,  
профессионально-технического училища,  
о болезни, карантине и прочих причинах  
отсутствия ребенка, посещающего школу  
, детскую дошкольную организацию ( "  
нужное подчеркнуть)", форма № 038/у "  
Справка № \_\_\_\_\_ о временной  
нетрудоспособности" и другие).:  
1) наличие осмотра лица и записи данных  
о его состоянии здоровья в медицинской  
карте амбулаторного (стационарного)  
пациента, обосновывающей  
необходимость временного  
освобождения его от работы;

- 2) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности в день выписки лиц при стационарном лечении (включая дневные стационары, реабилитационные центры) на весь период стационарного лечения;
- 3) закрытие листа и справки о временной нетрудоспособности датой выписки из стационара если трудоспособность лиц полностью восстановлена;
- 4) продление лицам, продолжающим быть временно нетрудоспособными листа и справки о временной нетрудоспособности на срок, с учетом времени, необходимого для его явки к медицинскому работнику поликлиники или вызова медицинского работника на дом (но не более чем на один календарный день). Лицам, получавшим лечение за пределами региона проживания, учитывается время, необходимое для прибытия к месту его постоянного проживания (но не более чем на четыре календарных дня);
- 5) выдача справки о временной нетрудоспособности при травмах, полученных в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также при острой алкогольной или наркотической интоксикации, на весь период временной нетрудоспособности;
- 6) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам, страдающим психическими заболеваниями, при несвоевременном обращении в медицинскую организацию за прошедшие дни по заключению врачебно-консультативной комиссии психоневрологического диспансера или медицинского работника (врача-психиатра) совместно с руководителем медицинской организации ;
- 7) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам, направленным по решению суда на судебно-медицинскую или судебно-психиатрическую экспертизу и признанных нетрудоспособными со дня поступления на экспертизу;
- 8) выдачи одновременно листа и справки о временной нетрудоспособности лицу, совмещающему обучение с работой.

значительное

Наличие документации (внутренние приказы, положения, протоколы, анкеты, аналитические справки) о проведении клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям:

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

отсутствие сбора анамнеза;

полнота сбора анамнеза;

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

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:

отсутствие диагностических мероприятий ;

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

проведение диагностических исследований, предусмотренных клиническими протоколами;

проведение диагностических исследований с высоким, неоправданным риском для состояния здоровья пациента, обоснованность проведения диагностических исследований, не вошедших в клинические протокола;

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: диагноз отсутствует, неполный или неправильный, не соответствует международной классификации болезней ;

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

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

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 (помощи);

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

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

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

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

мнение консультанта ошибочное и повлияло на исход заболевания.

Наличие подтверждающей документации о проведении оценки объективности

значительное

причин несвоевременной консультации и влияния несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);

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

отсутствие лечения при наличии показаний;

назначение лечения при отсутствии показаний;

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

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

необоснованное 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, оцениваются 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:

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

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

отсутствие ожидаемого клинического эффекта вследствие проведения малоэффективных лечебных, профилактических мероприятий без учета особенностей течения заболевания, сопутствующих заболеваний,

	<p>осложнений, назначение лекарственных средств без доказанной клинической эффективности;</p> <p>наличие полипрагмазии, обусловившее развитие нежелательных последствий;</p> <p>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</p>	
Оказание онкологической помощи на стационарном уровне		
252	Наличие подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе	Грубое
253	<p>Наличие подтверждающей документации о разведении противоопухолевых препаратов в кабинетах централизованного разведения цитостатических лекарственных средств (далее – КЦРЦ) для обеспечения безопасности медицинского персонала от токсического воздействия противоопухолевых препаратов и рационального использования лекарственных средств.</p> <p>Заявки на разведение противоопухолевых лекарственных средств на каждого пациента предоставляет врач клинического подразделения совместно с ответственным специалистом КЦРЦ.</p> <p>Противоопухолевые лекарственные средства разводятся по поданным заявкам. Разведенные лекарственные средства пакуются в одноразовые стерильные емкости, маркируются. К емкости прикрепляется второй экземпляр заявки.</p> <p>Разведенные противоопухолевые лекарственные средства получает и транспортирует медицинская сестра клинического подразделения.</p> <p>Транспортировка лекарственных средств осуществляется в контейнерах.</p> <p>Процедурная медицинская сестра клинического подразделения перед введением противоопухолевого</p>	значительное

	<p>лекарственного средства сопоставляет данные пациента, заявки и маркировку на флаконах и (или) шприцах.</p>	
254	<p>Наличие подтверждающей документации о том, что лучевая терапия проводится по принципу "единый врач – лучевой терапевт (радиационный онколог)", предусматривающий клиническое ведение пациента, проведение предлучевой подготовки и лучевого лечения одним врачом – лучевым терапевтом (радиационным онкологом). Процедуры предлучевой подготовки выполняются на специальных рентгеновских аппаратах (симуляторах, компьютерных томографах), на которых получают данные места облучения и окружающих органов и тканей. Также эти аппараты передают в компьютерные системы планирования следующие топографические характеристики места облучения: размеры, вес, ориентацию и дополнительные сведения, необходимые для последующих дозиметрических расчетов.</p> <p>В целях обеспечения бесперебойности работы и контроля качества оборудования для лучевой терапии, верификации планов излучения с помощью фантомных измерений при наличии сложного оборудования для лучевой терапии создается служба физико-технического обеспечения лучевой терапии или группа медицинских физиков и инженеров по обслуживанию оборудования для лучевой терапии.</p>	значительное
255	<p>Наличие подтверждающей документации о том, что в стационарозамещающих условиях пациентам с ЗН проводится противоопухолевая терапия, лучевая и радионуклидная терапия, паллиативная медицинская помощь в случаях, не требующих постоянного врачебного наблюдения, в организациях, оказывающих онкологическую помощь на вторичном и третичном уровнях в отделениях химиотерапии, лучевой терапии, паллиативной медицинской помощи, медицинской реабилитации.</p> <p>Медицинская помощь в стационарозамещающих условиях оказывается в онкологической</p>	значительное

	<p>организации вторичного и третичного уровней по направлению онколога с результатами лабораторных, инструментальных исследований и консультаций профильных специалистов, необходимых для лечения данного пациента с учетом рекомендации МДГ.</p>	
256	<p>Наличие госпитализации тяжелого пациента, нуждающегося в постоянном мониторинге жизненно важных функций по медицинским показаниям, по решению консилиума и уведомлению руководителей организаций здравоохранения с последующим переводом в другую медицинскую организацию по профилю заболевания для дальнейшего обследования и лечения после стабилизации состояния</p>	<p>значительное</p>
257	<p>Наличие осмотра заведующим отделением тяжелых пациентов в день госпитализации, в последующем – ежедневно. Пациенты, находящиеся в среднетяжелом состоянии, осматриваются не реже одного раза в неделю. Результаты осмотра пациента регистрируются в медицинской карте с указанием рекомендаций по дальнейшей тактике ведения пациента с обязательной идентификацией медицинского работника, вносящего записи</p>	<p>значительное</p>
258	<p>Наличие установленного клинического диагноза совместно с заведующим отделением не позднее трех календарных дней со дня госпитализации пациента в организацию здравоохранения</p>	<p>значительное</p>
259	<p>Наличие ежедневного осмотра лечащего врача пациентов, находящихся в стационаре кроме выходных и праздничных дней. При осмотре и назначении дежурным врачом дополнительных диагностических и лечебных манипуляций проводятся соответствующие записи в медицинской карте. При ухудшении состояния пациента дежурный врач оповещает заведующего отделением и (или) лечащего врача, согласовывает внесение изменений в процесс диагностики и лечения, и делает запись в медицинской карте (бумажный и (или) электронный) вариант.</p>	<p>значительное</p>



	<p>В электронный вариант медицинской карты запись вносится не позднее суток с момента изменения состояния пациента. При неотложных состояниях кратность записей зависит от динамики тяжести состояния. Записи врача стационара отражают конкретные изменения в состоянии пациента и необходимость коррекции назначений, обоснование назначенного обследования и лечения, оценку и интерпретацию полученных результатов и эффективности проводимого лечения. Кратность осмотра при неотложных состояниях не реже каждые 3 часов, с указанием времени оказания неотложной помощи по часам и минутам.</p>	
260	<p>Наличие консультаций или консилиума при затруднении в идентификации диагноза, неэффективности проводимого лечения, а также при иных показаниях</p>	грубое
	<p>Наличие обследования лиц по клиническим показаниям на ВИЧ-инфекции при выявлении следующих заболеваний, синдромов и симптомов:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) увеличение двух и более лимфатических узлов длительностью более 1 месяца, персистирующая, генерализованная лимфаденопатия;</li> <li>2) лихорадка неясной этиологии (постоянная или рецидивирующая длительностью более 1 месяца);</li> <li>3) необъяснимая тяжелая кахексия или выраженные нарушения питания, плохо поддающиеся стандартному лечению (у детей), необъяснимая потеря 10% веса и более;</li> <li>4) хроническая диарея в течение 14 суток и более (у детей), необъяснимая хроническая диарея длительностью более месяца;</li> <li>5) себорейный дерматит, зудящая папулезная сыпь (у детей);</li> <li>6) ангулярный хейлит;</li> <li>7) рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей (синусит, средний отит, фарингит, трахеит, бронхит);</li> <li>8) опоясывающий лишай;</li> <li>9) любой диссеминированный эндемический микоз, глубокие микозы (кокцидиоз, внелегочный криптококкоз (криптококковый менингит</li> </ol>	

), споротрихоз, аспергиллез, изоспороз, внелегочной гистоплазмоз, стронгилоидоз, актиномикоз);

10) туберкулез легочный и внелегочный, в том числе диссеминированная инфекция, вызванная атипичными микобактериями, кроме туберкулеза периферических лимфоузлов; 11) волосатая лейкоплакия полости рта, линейная эритема десен;

12) тяжелые затяжные рецидивирующие пневмонии и хронические бронхиты, не поддающиеся обычной терапии (кратностью два или более раз в течение года), бессимптомная и клинически выраженная лимфоидная интерстициальная пневмония;

13) сепсис, затяжные и рецидивирующие гнойно-бактериальные заболевания внутренних органов (пневмония, эмпиема плевры, менингит, менингоэнцефалиты, инфекции костей и суставов, гнойный миозит, сальмонеллезная септицемия (кроме *Salmonella typhi*), стоматиты, гингивиты, периодонтиты);

14) пневмоцистная пневмония;

15) инфекции, вызванные вирусом простого герпеса, с поражением внутренних органов и хроническим (длительностью более одного месяца с момента заболевания) поражением кожи и слизистых оболочек, в том числе глаз;

16) кардиомиопатия;

17) нефропатия;

18) энцефалопатия неясной этиологии;

19) прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия;

20) саркома Капоши;

21) новообразования, в том числе лимфома (головного мозга) или В-клеточная лимфома;

22) токсоплазмоз центральной нервной системы;

23) кандидоз пищевода, бронхов, трахеи, легких, слизистых оболочек полости рта и носа;

24) диссеминированная инфекция, вызванная атипичными микобактериями;

25) кахексия неясной этиологии;

26) затяжные рецидивирующие пиодермии, не поддающиеся обычной терапии;

	<p>27) тяжелые хронические воспалительные заболевания женской половой сферы неясной этиологии;</p> <p>28) инвазивные новообразования женских половых органов;</p> <p>29) мононуклеоз через 3 месяцев от начала заболевания;</p> <p>30) инфекции, передающихся половым путем (сифилис, хламидиоз, трихомониаз, гонорея, генитальный герпес, вирусный папилломатоз и другие) с установленным диагнозом;</p> <p>31) вирусные гепатиты В и С, при подтверждении диагноза;</p> <p>32) обширные сливные кондиломы;</p> <p>33) контагиозный моллюск с обширными высыпаниями, гигантский обезображивающий контагиозный моллюск;</p> <p>34) первичное слабоумие у ранее здоровых лиц;</p> <p>35) больные гемофилией и другими заболеваниями, систематически получающие переливание крови и ее компонентов;</p> <p>36) генерализованная цитомегаловирусная инфекция</p>	
262	Наличие договора на оказание платных медицинских услуг в организациях здравоохранения. Наличие документов, устанавливающих факт сооплаты	грубое
263	<p>Наличие подтверждающей документации о соблюдении критериев при выписке, в частности:</p> <p>1) общепринятые исходы лечения (выздоровление, улучшение, без перемен, смерть, переведен в другую медицинскую организацию);</p> <p>2) письменное заявление пациента или его законного представителя при отсутствии непосредственной опасности для жизни пациента или для окружающих;</p> <p>3) случаи нарушения внутреннего распорядка организации здравоохранения, а также создание препятствий для лечебно-диагностического процесса, ущемления прав других пациентов на получение надлежащей медицинской помощи (при отсутствии</p>	значительное

	<p>непосредственной угрозы его жизни), о чем делается запись в медицинской карте .</p>	
264	<p>Наличие выдачи выписного эпикриза пациенту на руки при выписке с указанием полного клинического диагноза, проведенного объема диагностических исследований, лечебных мероприятий и рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению. Данные по выписке заносятся в информационные системы день в день, с указанием фактического времени выписки.</p>	незначительное
265	<p>Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований к переливанию компонентов крови и в случае развития осложнений:</p> <p>Перед переливанием компонентов крови реципиент обследуется на маркеры гемотрансмиссивных инфекций ВИЧ, гепатиты В и С, а после окончания лечения в выписном эпикризе указывается необходимость повторного обследования на ВИЧ и гепатиты В и С по месту жительства.</p> <p>Обследование реципиентов на наличие ВИЧ-инфекции в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи осуществляется в государственных организациях здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции</p> <p>В медицинскую карту пациента до начала трансфузионной терапии вносятся сведения, касающиеся трансфузионного и акушерского анамнеза:</p> <p>наличие предшествующих переливаний, когда и в связи с чем;</p> <p>имелись ли посттрансфузионные осложнения, беременности, закончившиеся рождением детей с гемолитической болезнью новорожденного.</p> <p>В случае развития осложнений во время биологической пробы, во время переливания или после него, производится подробная запись (записи) с описанием состояния реципиента, данных мониторинга жизненно важных функций, методов лечения и их эффективности.</p>	грубое

	Проводится немедленный лабораторный контроль крови и мочи реципиента.	
266	<p>Наличие подтверждающей документации об определении метода и тактики лечения МДГ.</p> <p>Заседания МДГ проводятся в онкологическом центре ежедневно (за исключением выходных и праздничных дней).</p> <p>Наличие кабинетов централизованного разведения цитостатических лекарственных средств (далее – КЦРЦ) для обеспечения безопасности медицинского персонала от токсического воздействия противоопухолевых препаратов и рационального использования лекарственных средств. Работа в КЦРЦ по разведению противоопухолевых лекарственных средств организуется посменно.</p> <p>Наличие и контроль заявок на разведение противоопухолевых лекарственных средств на каждого пациента.</p> <p>Требования к упаковке маркировке, транспортировке (лекарственные средства пакуются в одноразовые стерильные емкости (флаконы, шприцы), маркируются. Транспортировка лекарственных средств осуществляется в контейнерах.)</p>	грубое
267	Наличие подтверждающей документации о соответствии оказанной медицинской помощи клиническим протоколам	значительное
	<p>Наличие медицинской документации о соблюдении следующих требований при проведении экспертизы временной нетрудоспособности, выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности (форма №001/у " Медицинская карта стационарного пациента", форма 052/у "Медицинская карта амбулаторного пациента", корешки листов о временной нетрудоспособности пациентов, форма № 025/у "Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии", форма № 029/у "Книга регистрации листов о временной нетрудоспособности" , форма № 037/у "Справка № _____ о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах</p>	

отсутствия ребенка, посещающего школу , детскую дошкольную организацию (нужное подчеркнуть)", форма № 038/у "Справка № \_\_\_\_\_ о временной нетрудоспособности" и другие):.

1) наличие осмотра лица и записи данных о его состоянии здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) пациента, обосновывающей необходимость временного освобождения его от работы;

2) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности в день выписки лиц при стационарном лечении (включая дневные стационары, реабилитационные центры) на весь период стационарного лечения;

3) закрытие листа и справки о временной нетрудоспособности датой выписки из стационара если трудоспособность лиц полностью восстановлена;

4) продление лицам, продолжающим быть временно нетрудоспособными листа и справки о временной нетрудоспособности на срок, с учетом времени, необходимого для его явки к медицинскому работнику поликлиники или вызова медицинского работника на дом (но не более чем на один календарный день). Лицам, получавшим лечение за пределами региона проживания, учитывается время, необходимое для прибытия к месту его постоянного проживания (но не более чем на четыре календарных дня);

5) выдача справки о временной нетрудоспособности при травмах, полученных в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также при острой алкогольной или наркотической интоксикации, на весь период временной нетрудоспособности;

6) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам, страдающим психическими заболеваниями, при несвоевременном обращении в медицинскую организацию за прошедшие дни по заключению врачебно-консультативной комиссии психоневрологического диспансера или медицинского работника (врача-психиатра) совместно с руководителем медицинской организации ;

значительное

	<p>7) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам, направленным по решению суда на судебно-медицинскую или судебно-психиатрическую экспертизу и признанных нетрудоспособными со дня поступления на экспертизу;</p> <p>8) выдачи одновременно листа и справки о временной нетрудоспособности лицу, совмещающему обучение с работой.</p>	
	<p>Наличие документации (внутренние приказы, положения, протоколы, анкеты, аналитические справки) о проведении клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям:</p> <p>1) качество сбора анамнеза, которое оценивается по следующим критериям: отсутствие сбора анамнеза; полнота сбора анамнеза; наличие данных о перенесенных, хронических и наследственных заболеваниях, проведенных гемотранфузиях, переносимости лекарственных препаратов, аллергологический статус; развитие осложнений вследствие допущенных тактических ошибок при проведении лечебно-диагностических мероприятий из-за некачественного сбора анамнеза;</p> <p>2) полнота и обоснованность проведения диагностических исследований, которые оцениваются по следующим критериям: отсутствие диагностических мероприятий ; неправильное заключение или отсутствие заключения по результатам проведенных диагностических исследований, приведшие к неправильной постановке диагноза и ошибкам в тактике лечения; проведение диагностических исследований, предусмотренных клиническими протоколами; проведение диагностических исследований с высоким, неоправданным риском для состояния здоровья пациента, обоснованность проведения диагностических исследований, не вошедших в клинические протокола; проведение диагностических исследований, неинформативных для</p>	

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: диагноз отсутствует, неполный или неправильный, не соответствует международной классификации болезней ;

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

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

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 (помощи);

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

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

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

значительное



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

мнение консультанта ошибочное и повлияло на исход заболевания.

Наличие подтверждающей документации о проведении оценки объективности причин несвоевременной консультации и влияния несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);

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

отсутствие лечения при наличии показаний;

назначение лечения при отсутствии показаний;

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

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

необоснованное 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, оцениваются 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:

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

отсутствие клинического эффекта лечебных и профилактических

	<p>мероприятий вследствие некачественного сбора анамнеза и проведения диагностических исследований;</p> <p>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;</p> <p>наличие полипрагмазии, обусловившее развитие нежелательных последствий;</p> <p>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</p>	
	<p>Наличие подтверждающей документации о соблюдении следующих действий при проведении патологоанатомического вскрытия:</p> <p>1) проведение патологоанатомического вскрытия трупов после констатации врачами биологической смерти, после предоставления медицинской карты стационарного пациента или медицинской карты амбулаторного пациента с письменным распоряжением главного врача или его заместителя по медицинской (лечебной) части организации здравоохранения о направлении на патологоанатомическое вскрытие;</p> <p>2) оформление результатов патологоанатомического вскрытия в виде патологоанатомического диагноза (патологоанатомический диагноз включает: основное заболевание, осложнение основного заболевания, сопутствующее заболевание, комбинированное основное заболевание);</p> <p>3) передача медицинской карты стационарного пациента или медицинской карты амбулаторного пациента с внесенным в нее патологоанатомическим диагнозом в медицинский архив организации здравоохранения не позднее десяти</p>	

рабочих дней после патологоанатомического вскрытия;

4) проведение клинико-патологоанатомического разбора в случаях смерти больных в организациях здравоохранения;

5) патологоанатомическое вскрытие при подозрениях на острые инфекционные, онкологические заболевания, патологию детского возраста, летальный исход в связи с медицинскими манипуляциями в целях установления причины смерти и уточнения диагноза заболевания со смертельным исходом;

6) организация главным врачом и заведующим патологоанатомического отделения вирусологического (иммунофлюоресцентного) и бактериологического исследования материалов вскрытия трупов в случаях подозрения на инфекционные заболевания;

7) передача в патологоанатомическое бюро, централизованное патологоанатомическое бюро и патологоанатомическое отделение медицинских карт стационарных пациентов на всех умерших за предшествующие сутки не позднее 10 часов утра дня, следующего после установления факта смерти;

8) оформление:

- медицинского свидетельства о смерти (предварительное, окончательное) врачом по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" в день проведения патологоанатомического вскрытия;

- медицинского свидетельства о перинатальной смерти (предварительное, окончательное) врачом по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" в день проведения патологоанатомического вскрытия;

9) оформление результатов вскрытия в виде протокола патологоанатомического исследования; 10) наличие письменного уведомления в судебно-следственные органы для решения вопроса о передаче трупа на судебно-медицинскую экспертизу при обнаружении признаков насильственной смерти и прекращение проведения патологоанатомического исследования трупа;

грубое

11) наличие письменного извещения врача по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" в случае первичного обнаружения во время вскрытия признаков острого инфекционного заболевания, пищевого или производственного отравления, необычной реакции на прививку, а также экстренное извещение в органы государственной санитарно-эпидемиологической службы, сразу же после их выявления;

12) проведение патологоанатомического исследования плаценты:

- в случае мертворождения;
- при всех заболеваниях новорожденных, выявленных в момент рождения;
- в случаях, подозрительных на гемолитическую болезнь новорожденных ;
- при раннем отхождении вод и при грязных водах;
- при заболеваниях матери, протекающих с высокой температурой в последний триместр беременности;
- при явной аномалии развития или прикрепления плаценты;
- при подозрении на наличие врожденных аномалий развития плода;
- при случаях преэклампсий, эклампсий

13) обязательная регистрация плода массой менее 500 граммов с антропометрическими данными (масса, рост, окружность головы, окружность грудной клетки);

14) установление патологоанатомического вскрытия в зависимости от сложности на следующие категории:

- первая категория;
- вторая категория;
- третья категория;
- четвертая категория;

15) установление врачом по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" категории патологоанатомического вскрытия и причины расхождения диагнозов при расхождении заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов

16) наличие подробного анализа с определением профиля и категорий

	ятрогении во всех случаях ятрогенной патологии, выявленные в результате патологоанатомического вскрытия	
271	Наличие письменного заявления супруга (супруги), близких родственников или законных представителей умершего либо письменного волеизъявления, данного лицом при его жизни для выдачи трупа без проведения патологоанатомического вскрытия, при отсутствии подозрения на насильственную смерть	значительное
272	Наличие подтверждающей документации об оказании онкологической помощи на дому: 1) при вызове медицинского работника ПМСП или КДП (первичный уровень), пациентом, находящимся под динамическим наблюдением (Iб, III клинические группы) при невозможности очного консультирования в организации; 2) при вызове мобильной бригады в порядке посещения пациентов со ЗН вне обострения заболевания при ограничении передвижения и нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, в том числе с использованием дистанционных медицинских услуг; 3) в форме активного патронажа пациентов со ЗН в тяжелом состоянии при ограничении передвижения, выписанных из стационара или передачи активов из станции скорой медицинской помощи; 4) при организации лечения на дому ( стационаре на дому), пациентам с IV клинической группой.	значительное
Требования для субъектов (объектов), оказывающих медико-социальную помощь в области психического здоровья		
Требования для субъектов(объектов), оказывающих медико-социальную помощь в области психического здоровья на амбулаторно-поликлиническом уровне		
273	Наличие подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе	Грубое
	Наличие подтверждающей документации о соблюдении критериев взятия на динамическое наблюдение лиц с ППР: 1 группа динамического психиатрического наблюдения - лица	

склонные по своему психическому состоянию к социально-опасным действиям, в том числе, имеющие риск совершения насильственных действий сексуального характера в отношении несовершеннолетних, а также совершивших особо опасные деяния в состоянии невменяемости, и которым судом определены принудительные меры медицинского характера в виде амбулаторного принудительного лечения ;

2 группа динамического психиатрического наблюдения - Лица с ППР имеющие инвалидность по психическому заболеванию, за исключением ППР указанных в диагностических рубриках F8 и F9; лица с диагнозом F20 "Шизофрения" в течение одного года после установления (при этом в случае признания лицом с инвалидностью он продолжает наблюдаться во 2 группе динамического психиатрического наблюдения);

2А – лица с частыми и выраженными обострениями психотической симптоматики, декомпенсациями, нуждающиеся в психофармакотерапии в рамках бесплатного амбулаторного лечения, в том лица с ППР указанных в диагностических рубриках F8 и F9

2Б – лица со стабилизированными состояниями, с умеренно прогрессивным течением процесса и спонтанными ремиссиями;

группа динамического наркологического наблюдения - Лица склонные к социально-опасным действиям, вследствие клинических проявлений ППР , вызванные злоупотреблением психоактивных веществ.

Группа динамического наркологического наблюдения значительное

1) ППР вследствие употребления ПАВ у лиц, направленных по решению суда в отделения для принудительного лечения;

2) ППР вследствие употребления ПАВ у лица, которым на основании заключения судебно-наркологической экспертизы по решению суда назначено лечение;

3) ППР вследствие употребления ПАВ, у лиц, направленных из мест лишения

	<p>свободы где применялись принудительные меры медицинского характера;</p> <p>4) ППР вследствие употребления ПАВ, после перенесенного психотического расстройства вследствие употребления ПАВ в условиях стационарного лечения;</p> <p>5) ППР вследствие употребления ПАВ, у лиц склонных к социально-опасным действиям;</p> <p>6) ППР вследствие употребления ПАВ у лиц, добровольно давших согласие на динамическое наблюдение.</p> <p>Лица, указанные в подпункте 1) – 5) берутся на динамическое наблюдение решением врачебно-консультативной комиссией.</p> <p>Соблюдение периодичности и частоты наблюдения лиц с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями):</p> <p>1 группа динамического психиатрического наблюдения - не менее одного раза в месяц</p> <p>2 группа динамического психиатрического наблюдения:</p> <p>2А - не менее одного раза в три месяца, 2Б - не менее одного раза в шесть месяцев;</p> <p>группа динамического наркологического наблюдения - не менее шести раз в год, в зависимости от индивидуальных особенностей личности и течения заболевания</p>	
275	<p>Наличие подтверждающей документации о соблюдении требования к лекарственному обеспечению лиц с ППР, находящихся на динамическом наблюдении</p> <p>Лиц с ППР, находящихся на динамическом наблюдении, осуществляется лекарственное обеспечение</p>	значительное
	<p>Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований к снятию с учета и переводу в другую группу динамического наблюдения:</p> <p>Прекращение динамического наблюдения лиц с ППР и снятие с учета осуществляется в следующих случаях:</p> <p>1) отсутствие критериев, взятия на динамическое наблюдение лиц с ППР, не</p>	

менее 12 месяцев, с указанием в ЭИС – "выздоровление, стойкое улучшение";

2) изменение места жительства с выездом за пределы обслуживаемой территории;

3) отсутствие достоверных сведений о местонахождении в течение 12 месяцев, подтвержденное рапортом участкового инспектора полиции и патронажем участковой медицинской сестры не менее 1 раза в два месяца, с указанием в ЭИС – "отсутствие сведений";

4) смерть, на основании медицинского свидетельства о смерти по форме № 045/у и (или) подтвержденная данными в регистре прикрепленного населения, с указанием в ЭИС – "смерть";

5) лицам, осужденным с лишением свободы на срок свыше 1 года снятие с динамического наблюдения производится после получения ответа на запрос из Комитета по правовой статистике и специальным учетам Генеральной прокуратуры Республики Казахстан;

6) лицам с диагнозом F20 "Шизофрения", состоящим на учете во 2 группе динамического психиатрического наблюдения: в случае не установления группы инвалидности в течении 12 месяцев с момента взятия на динамическое наблюдение.

Критерии перевода лица с ППР в другую группу:

отсутствие критериев взятия на динамическое наблюдение лиц с ППР, не менее 12 месяцев

значительное

Наличие подтверждающей документации об осуществлении следующих мероприятий при динамическом наблюдении лица с ППР врачом психиатрического профиля:

1) информирование пациента о необходимости осуществления за ним динамического наблюдения, перечне, объемах, периодичности проведения осмотров, лабораторных и инструментальных исследований, сроках наблюдения;

2) установление динамического наблюдения в случае письменного согласия лица с ППР о взятии на динамическое наблюдение, за ним;

3) направление на заседание врачебно-консультационной комиссии (



далее – ВКК) для решения вопроса установления динамического наблюдения без его согласия или его законного представителя в случае отказа лица с ППР или его законного представителя от добровольного взятия на динамическое наблюдение;

при взятии на динамическое наблюдение лица с ППР проведение первичного осмотра пациента, определение группы динамического наблюдения, периодичности осмотров, необходимости организации оказания специальных социальных услуг в области здравоохранения, составление индивидуального плана лечения, индивидуальной программы реабилитации и других мероприятий с учетом индивидуального подхода, внесение данные в электронные информационные системы (далее – ЭИС) по форме учетной документации в области здравоохранения

5) проведение периодических осмотров и оценку результатов диагностических исследований, заключений и рекомендаций профильных специалистов ;

6) осуществление мониторинга и контроля эффективности лечения, реабилитационных (абилитационных) мероприятий с внесением корректировок при необходимости;

7) оформление документов и направления на медико-социальную экспертизу, медико-социальную реабилитацию, стационарозамещающее, стационарное, в том числе принудительное лечение при наличии соответствующих показаний;

8) направление на консультацию профильных специалистов здравоохранения, необходимые лабораторные и инструментальные обследования, осмотр психолога, консультацию социального работника и иных специалистов;

9) посещение лицо с ППР по месту проживания;

10) осуществление преемственности уровней, условий и видов оказания медико-социальной помощи.

значительное

Наличие индивидуального плана лечения и программы реабилитации лиц после

выписки из организации, оказывающей медицинскую помощь в области психического здоровья, кроме выписанных по постановлению суда как излечившиеся досрочно.

При поддерживающем лечении, лиц с ППР врач психиатр (нарколог) составляет индивидуальный план лечения и индивидуальную программу реабилитации.

Индивидуальный план лечения и индивидуальная программа реабилитации включают в себя:

- 1) диагностические методики: анализ содержания ПАВ в биологических жидкостях и тканях организма, тестирование на ВИЧ, экспериментально-психологическая диагностика, определение качества жизни и социального функционирования, клинико-биохимическая диагностика, нейрофизиологическая диагностика;
- 2) медикаментозную терапию: психофармакотерапия, симптоматическая терапия, терапия коморбидной патологии, антагонистическая терапия с использованием блокаторов опиоидных рецепторов;
- 3) консультативные методики: медицинское, психологическое и социальное консультирование лиц, зависимых от ПАВ и созависимых лиц;
- 4) тренинговые методики: мотивационные тренинги на продолжение поддерживающей противорецидивной терапии, по формированию адаптационных навыков и стрессоустойчивости, по формированию свойств психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ;
- 5) психотерапевтические методики: индивидуальная и групповая психотерапия лиц, зависимых от ПАВ, индивидуальная экспресс-психотерапия лиц, зависимых от ПАВ, находящихся в состоянии срыва.

значительное

Наличие подтверждающей документации об осуществлении врачом ПМСП, при подозрении или выявлении лица с ППР, за исключением ППР, требующих оказания экстренной и неотложной медико-социальной помощи:

- 1) идентификацию пациента;
- 2) диагностические мероприятия по клиническим протоколам;
- 3) устанавливает диагноз и проводит лечебные мероприятия ППР по международной классификации болезней 10-го пересмотра (далее – МКБ-10), входящие в компетенцию врача ПМСП. При подозрении на наличие у лица диагноза ППР по МКБ-10, не входящие в компетенцию, врач ПМСП направляет его в КПЗ или ПЦПЗ по территориальному прикреплению;
- 4) в случае установления диагнозов пограничных ППР, входящих в компетенцию врача ПМСП впервые в текущем году - направление информации в КПЗ или ПЦПЗ по территориальному прикреплению о данном пациенте с указанием паспортных данных (фамилия, имя, отчество (при наличии), индивидуальный идентификационный номер (далее – ИИН), адрес проживания), диагноза и даты установления диагноза, для внесения данных в электронную информационную систему (далее – ЭИС) не позднее 5 рабочих дней с момента установления диагноза;
- 5) проведение мероприятий при выявлении лица с риском совершения суицида, обратившегося самостоятельно, или при обследовании несовершеннолетнего, направленного психологами;
- 6) заполнение первичной медицинской документации;
- 7) проведение сверки с врачом КПЗ или ПЦПЗ по вновь введенным пациентам в ЭИС по учету лиц с ППР, ежемесячно, не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

значительное

Осуществление следующих мероприятий врачом психиатрического профиля КПЗ или ПЦПЗ при подозрении или выявлении лица с ППР, за исключением ППР, требующих оказания экстренной и неотложной медико-социальной помощи:

- 1) идентификацию пациента;
- 2) диагностические мероприятия по клиническим протоколам;
- 3) назначение лечения по клиническим протоколам (в случае необходимости);

- 4) проверку в ЭИС по учету лиц с ППР о наличии сведений об обратившемся лице. При первичном установлении диагноза ППР вносит информацию в ЭИС, включая его в группу статистического учета, при установленном ранее диагнозе ППР и отсутствии сведений в указанных ЭИС вносит информацию, а при наличии сведений дополняет;
- 5) решения вопроса о динамическом наблюдении, а также прекращении динамического наблюдения;
- 6) оформление направления на врачебно-консультативную комиссию (далее – ВКК);
- 7) оформление медицинской документации в отношении лица с ППР, нуждающегося в проведении медико-социальной экспертизы (далее – МСЭ)
- 8) оформление документов лиц с ППР, вызванными употреблением ПАВ для направления на принудительное лечение;
- 9) внесение информации о лице с ППР в ЭИС не позднее 3 рабочих дней после получения извещения от врача ПМСП;
- 10) осуществление динамического наблюдения за лицами, находящимися в группах динамического наблюдения, по территориальному прикреплению;
- 11) направление лиц с подозрением или установленным диагнозом ППР на обследование и (или) лечение в территориальный ЦПЗ или РНПЦПЗ (по показаниям);
- 12) направление лиц с ППР в организации, оказывающие медико-социальную реабилитацию в области психического здоровья;
- 13) ведение первичной медицинской документации;
- 14) введение данных в ЭИС по учету лиц с ППР;
- 15) проводит сверку с врачом ПМСП по вновь введенным и состоящим лицам в ЭИС и предоставляет указанную информацию заведующему территориального ПЦПЗ.

значительное

Наличие подтверждающей документации об осуществлении следующих мероприятий врачом психиатрического профиля КПЗ или ПЦПЗ при обращении лица, ранее состоявшего на

<p>281</p>	<p>динамическом наблюдении с ППР, и снятого с учета в ЭИС с указанием причины снятия, кроме "выздоровление, стойкое улучшение":</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) идентификацию пациента;</li> <li>2) диагностические мероприятия по клиническим протоколам;</li> <li>3) решения вопроса о динамическом наблюдении, а также прекращения динамического наблюдения;</li> <li>4) при отсутствии критериев взятия на динамическое наблюдение, оформление направления на ВКК, для решения вопроса снятия с динамического наблюдения с указанием причины снятия в ЭИС.</li> </ol>	<p>значительное</p>
	<p>Наличие документации (внутренние приказы, положения, протоколы, анкеты, аналитические справки) о проведении клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) качество сбора анамнеза, которое оценивается по следующим критериям: <ul style="list-style-type: none"> <li>отсутствие сбора анамнеза;</li> <li>полнота сбора анамнеза;</li> <li>наличие данных о перенесенных, хронических и наследственных заболеваниях, проведенных гемотрансфузиях, переносимости лекарственных препаратов, аллергологический статус;</li> <li>развитие осложнений вследствие допущенных тактических ошибок при проведении лечебно-диагностических мероприятий из-за некачественного сбора анамнеза;</li> </ul> </li> <li>2) полнота и обоснованность проведения диагностических исследований, которые оцениваются по следующим критериям: <ul style="list-style-type: none"> <li>отсутствие диагностических мероприятий ;</li> <li>неправильное заключение или отсутствие заключения по результатам проведенных диагностических исследований, приведшие к неправильной постановке диагноза и ошибкам в тактике лечения;</li> <li>проведение диагностических исследований, предусмотренных клиническими протоколами;</li> <li>проведение диагностических исследований с высоким, неоправданным</li> </ul> </li> </ol>	

риском для состояния здоровья пациента, обоснованность проведения диагностических исследований, не вошедших в клинические протокола; 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: диагноз отсутствует, неполный или неправильный, не соответствует международной классификации болезней ;

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

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

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 (помощи);

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

отсутствие консультации, приведшее к ошибочной трактовке симптомов и

значительное

синдромов, отрицательно повлиявших на исход заболевания;

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

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

мнение консультанта ошибочное и повлияло на исход заболевания.

Наличие подтверждающей документации о проведении оценки объективности причин несвоевременной консультации и влияния несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);

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

отсутствие лечения при наличии показаний;

назначение лечения при отсутствии показаний;

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

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

необоснованное 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, оцениваются все возникшие осложнения, в том числе обусловленные оперативными вмешательствами (запоздалое оперативное вмешательство, неадекватный объем и метод, технические дефекты) и диагностическими процедурами;

	<p>7) достигнутый результат, который оценивается по следующим критериям:  достижение ожидаемого клинического эффекта при соблюдении технологии оказания медицинских услуг (помощи);  отсутствие клинического эффекта лечебных и профилактических мероприятий вследствие некачественного сбора анамнеза и проведения диагностических исследований;  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;  наличие полипрагмазии, обусловившее развитие нежелательных последствий;</p> <p>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</p>	
<p>Требования для субъектов(объектов), оказывающих медико-социальную помощь в области психического здоровья в стационарных условиях, предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение</p>		
283	<p>Наличие подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе</p>	грубое
284	<p>Наличие оснований для госпитализации в стационарные клинические отделения. Основанием для госпитализации в стационарные клинические отделения, являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) направление врача психиатрического профиля;</li> <li>2) постановление, решение, определение судебно-следственных органов;</li> <li>3) направление военно-врачебной комиссии;</li> <li>4) письменное заявление самого лица, при наличии показаний;</li> </ol>	значительное



	<p>5) решение суда о принудительном лечении лиц с ППР, вызванные употреблением ПАВ, вступившее в законную силу;</p> <p>6) решение суда о применении принудительных мер медицинского характера, предусмотренных статьей 93 УК РК, вступившее в законную силу</p>	
285	<p>Полнота проведенных мероприятий при плановой госпитализации в стационарные клинические отделения РНПЦПЗ, ЦПЗ.</p> <p>При плановой госпитализации в стационарные клинические отделения РНПЦПЗ, ЦПЗ заведующий или врач-психиатр (нарколог) клинического отделения, приемно-диагностического отделения осуществляет следующие мероприятия:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) идентификацию пациента;</li> <li>2) проверяет наличие имеющейся медицинской и другой документации, в случае необходимости направляет на прохождение регламентированных и (или) дополнительных обследований;</li> <li>3) проверяет наличие вступившего в законную силу решения суда о госпитализации, при наличии такового;</li> <li>4) оценивает психическое и соматическое состояние, результаты лабораторно-диагностических исследований, определяет необходимость оказания неотложной помощи на уровне приемно-диагностического отделения и (или) наличие показаний и противопоказаний для госпитализации;</li> <li>5) устанавливает предварительный диагноз, определяет объем дифференциальной диагностики, режим наблюдения, лечебного питания и другие лечебно-диагностические мероприятия по клиническим протоколам диагностики и лечения;</li> <li>6) заполняет первичную медицинскую документацию.</li> </ol>	значительное
	<p>Полнота проведенных мероприятий при госпитализации в стационарное клиническое отделение РНПЦПЗ, ЦПЗ по экстренным показаниям.</p> <p>При госпитализации в стационарное клиническое отделение РНПЦПЗ, ЦПЗ по экстренным показаниям, заведующий или врач-психиатр (нарколог) клинического</p>	

286	<p>отделения или приемно-диагностического отделения, или дежурный врач осуществляет следующие мероприятия:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) идентификацию пациента;</li> <li>2) оценивает психическое и соматическое состояния, результаты лабораторно-диагностических исследований и определяет необходимость оказания неотложной помощи на уровне приемно-диагностического отделения и (или) наличие показаний и противопоказаний для госпитализации;</li> <li>3) устанавливает предварительный диагноз, определяет объем дифференциальной диагностики, режим наблюдения, лечебное питание и другие лечебно-диагностические мероприятия по клиническим протоколам диагностики и лечения;</li> <li>4) заполняет первичную медицинскую документацию</li> </ol>	значительное
287	<p>Полнота проведенных мероприятий при плановой госпитализации в ПОСТИН.</p> <p>При плановой госпитализации в ПОСТИН дежурный врач осуществляет следующие мероприятия:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) проверяет наличие и соответствие имеющейся документации: вступившее в законную силу решение суда; документ удостоверяющий личность.</li> <li>2) проводит идентификацию пациента;</li> <li>3) оценивает психическое и соматическое состояние, результаты лабораторно-диагностических исследований, определяет необходимость оказания неотложной помощи на уровне приемно-диагностического отделения и (или) наличие показаний и противопоказаний для госпитализации;</li> <li>4) определяет отделение, устанавливает режим наблюдения, лечебное питание и другие лечебно-диагностические мероприятия по клиническим протоколам диагностики и лечения;</li> <li>5) заполняет первичную медицинскую документацию</li> </ol>	значительное
	<p>Полнота проведенных мероприятий после поступления лица с ППР в стационарное клиническое отделение.</p>	

288	<p>После поступления лица с ППР в стационарное клиническое отделение, осуществляются следующие мероприятия :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) идентификация пациента;</li> <li>2) проверка наличия и соответствия имеющейся медицинской и другой документации;</li> <li>3) оценка психического и соматического состояния, результатов лабораторно-диагностических исследований, установление предварительного диагноза, определения объема дифференциальной диагностики, режима наблюдения, лечебного питания и других лечебно-диагностических мероприятий по клиническим протоколам диагностики и лечения;</li> <li>4) заполнение первичной медицинской документации лечения;</li> </ol>	значительное
289	<p>Полнота проведенных мероприятий после поступления лица в стационарное клиническое отделение ПОСТИН</p> <p>После поступления лица в стационарное клиническое отделение ПОСТИН осуществляются следующие мероприятия :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) идентификация пациента;</li> <li>2) проверка наличия и соответствия имеющейся медицинской и другой документации;</li> <li>3) оценка психического и соматического состояния, результатов лабораторно-диагностических исследований, установление предварительного диагноза, определения объема дифференциальной диагностики, режима наблюдения, лечебного питания и других лечебно-диагностических мероприятий по клиническим протоколам диагностики и лечения;</li> <li>4) заполнение первичной медицинской документации</li> </ol>	значительное
	<p>Соблюдение режимов наблюдения.</p> <p>В клинических стационарных отделениях РНЦПЗ, ЦПЗ и многопрофильных городских (областных) больниц предполагаются следующие виды наблюдения:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) общий режим наблюдения – круглосуточное наблюдение без</li> </ol>	

ограничения передвижения в отделении. Общий режим для пациентов устанавливается при:

- отсутствии опасности для себя и окружающих;
- способности соблюдения личной гигиены без посторонней помощи;

2) режим частичной госпитализации – возможность нахождения в отделении в дневное или ночное время с учетом необходимости его адаптации во внебольничных условиях, а также возможности осуществления трудовой деятельности на фоне проводимого лечения и контроля симптомов ППР в целях ресоциализации. Режим частичной госпитализации устанавливается решением врачебной комиссии (далее – ВК) в составе двух врачей при:

- отсутствии опасности для себя и окружающих;
- способности соблюдения личной гигиены без посторонней помощи;
- стабилизации психического состояния, требующего ежедневного, но не круглосуточного наблюдения и контроля;

3) режим лечебных отпусков – возможность нахождения вне отделения от нескольких часов до нескольких суток с целью постепенной адаптации к внебольничным условиям, решения бытовых и социальных вопросов, а также оценки достигнутого лечебного эффекта. Режим лечебных отпусков устанавливается решением ВК в составе двух врачей и предоставляется при:

- отсутствии опасности для себя и окружающих;
- способности соблюдения личной гигиены без посторонней помощи;
- стабилизации психического состояния, не требующего ежедневного наблюдения.

4) усиленный режим наблюдения – круглосуточное наблюдение и ограничение передвижения за пределами отделения. Усиленный режим наблюдения устанавливается для пациентов при:

- острых ППР, не представляющих опасности для себя и окружающих;
- способности соблюдения личной гигиены без посторонней помощи;

отсутствии психического и соматического расстройства, требующего иного режима наблюдения и содержания;  
5) строгий режим наблюдения – круглосуточное непрерывное наблюдение в наблюдательной палате, постоянное сопровождение медицинским персоналом в отделении и за его пределами. Строгий режим для пациентов устанавливается для пациентов при:

непосредственной опасности для себя и окружающих;

беспомощности, то есть неспособности самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности, при отсутствии надлежащего ухода;

возможном нанесении существенного вреда здоровью, если лицо будет оставлено без наблюдения.

В клинических стационарных отделениях ПОСТИН предполагаются следующие виды наблюдения:

1) общий режим наблюдения – круглосуточное наблюдение с передвижением в отделении согласно распорядку дня, возможностью участия в трудотерапии за пределами отделения;

2) усиленный режим наблюдения – круглосуточное наблюдение и ограничение передвижения в пределах отделения;

3) строгий режим наблюдения – круглосуточное непрерывное наблюдение в наблюдательной палате, постоянное сопровождение медицинским персоналом в отделении и за его пределами

Наличие подтверждающей документации о соблюдении критериев о принудительной госпитализации в стационар:

Принудительная госпитализация в стационар допускается на основании решения суда.

Принудительная госпитализация лица в стационар до вынесения судом решения допускается исключительно в случаях согласно законодательству.

По каждому случаю принудительной госпитализации без решения суда администрация организации, оказывающей медицинскую помощь в

291	<p>области психического здоровья лицам с психическим, поведенческим расстройством (заболеванием), в течение сорока восьми часов с момента помещения лица в стационар направляет прокурору письменное уведомление, а также информирует супруга (супругу), близких родственников и (или) законных представителей при наличии сведений о них.</p> <p>Пребывание лица в стационаре в принудительном порядке продолжается только в течение времени сохранения оснований, по которым была проведена госпитализация.</p> <p>Лицо, госпитализированное в стационар в принудительном порядке, в течение первых шести месяцев подлежит не реже одного раза в месяц освидетельствованию комиссией врачей-психиатров для решения вопроса о продлении госпитализации. Продление госпитализации свыше шести месяцев производится по решению суда на основании заявления организации, оказывающей медицинскую помощь в области психического здоровья лицам с психическими, поведенческими расстройством (заболеваниями), о необходимости продления срока принудительной госпитализации и лечения, к которому прилагается заключение комиссии врачей-психиатров.</p>	значительное
292	<p>Наличие подтверждающей документации о соблюдении условий выписки.</p> <p>Выписка из стационарных клинических отделений производится по выздоровлении пациента или улучшении его психического состояния, когда не требуется дальнейшего стационарного лечения, а также по завершении обследования, экспертизы, мер безопасности, принудительных мер медицинского характера, явившихся основаниями для помещения в стационар.</p> <p>Выписка пациента, находящегося в стационарных клинических отделениях добровольно, производится по его личному заявлению, заявлению его законного представителя или по решению его лечащего врача.</p> <p>Выписка пациента, к которому по определению суда применены принудительные меры медицинского</p>	значительное

характера и меры безопасности, производится только по вступившему в силу определению суда.

Пациенту, госпитализированному в стационарное клиническое отделение добровольно, отказывается в выписке, если ВКК установлены основания для госпитализации в принудительном порядке

Наличие документации (внутренние приказы, положения, протоколы, анкеты, аналитические справки) о проведении клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям:

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

отсутствие сбора анамнеза;

полнота сбора анамнеза;

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

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:

отсутствие диагностических мероприятий ;

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

проведение диагностических исследований, предусмотренных клиническими протоколами;

проведение диагностических исследований с высоким, неоправданным риском для состояния здоровья пациента, обоснованность проведения диагностических исследований, не вошедших в клинические протокола;

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: диагноз отсутствует, неполный или неправильный, не соответствует международной классификации болезней ;

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

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

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 (помощи);

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

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

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

значительное



консультация своевременная, мнение консультанта учтено при постановке диагноза, невыполнение рекомендации консультанта по лечению частично повлияло на исход заболевания; мнение консультанта ошибочное и повлияло на исход заболевания.

Наличие подтверждающей документации о проведении оценки объективности причин несвоевременной консультации и влияния несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);

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

отсутствие лечения при наличии показаний;

назначение лечения при отсутствии показаний;

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

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

необоснованное 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, оцениваются 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: достижение ожидаемого клинического эффекта при соблюдении технологии оказания медицинских услуг (помощи); отсутствие клинического эффекта лечебных и профилактических

	<p>мероприятий вследствие некачественного сбора анамнеза и проведения диагностических исследований;</p> <p>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;</p> <p>наличие полипрагмазии, обусловившее развитие нежелательных последствий;</p> <p>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</p>	
<p>Требования для субъектов(объектов), оказывающих медико-социальную помощь в области психического здоровья в стационарозамещающих условиях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения и предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время с предоставлением койко-места</p>		
294	<p>Наличие подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе</p>	Грубое
295	<p>Наличие показаний для лечения в стационарозамещающих условиях для лиц с ППР</p> <p>Показаниями для лечения в стационарозамещающих условиях для лиц с ППР являются:</p> <p>1) необходимость активной терапии лиц с ППР, в том числе вызванной употреблением ПАВ, не требующее круглосуточного наблюдения;</p> <p>2) 2) необходимость постепенной адаптации к обычной жизненной обстановке, после получения курса лечения в круглосуточном стационаре;</p> <p>3) 3) проведение обследований и экспертиз, не требующих круглосуточного стационарного наблюдения</p> <p>Госпитализация в организацию, оказывающую помощь в</p>	значительное

	стационарозамещающих условиях, осуществляется в плановом порядке.	
296	<p>Осуществление следующих мероприятий при госпитализации в дневной стационар:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) идентификация пациента;</li> <li>2) проверка наличия и соответствие имеющейся медицинской и другой документации;</li> <li>3) оценка психического и соматического состояния, а также результатов лабораторно-диагностических исследований, определение показаний и противопоказаний для госпитализации;</li> <li>4) установка предварительного диагноза, определения объема дифференциальной диагностики, лечебного питания и других лечебно-диагностических мероприятий по клиническим протоколам диагностики и лечения;</li> <li>5) заполнение первичной медицинской документации.</li> </ol>	значительное
297	<p>Требования к длительности лечения и времени пребывания в дневном стационаре.</p> <p>Длительность лечения в дневном стационаре составляет не более 30 календарных дней.</p> <p>В случаях ухудшения состояния пациента, требующего круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, он госпитализируется в соответствующее стационарное отделение.</p> <p>Ежедневное время пребывания в дневном стационаре - не менее 6 часов. В дневном стационаре предусматривается двухразовое питание с учетом времени приема психотропных препаратов</p>	значительное
298	<p>Соблюдение требований к выписке из дневного стационара.</p> <p>Выписка производится по выздоровлении пациента или улучшении его психического состояния, когда возможен перевод на амбулаторное лечение, а также по завершению обследования, экспертизы, явившихся основаниями для помещения в дневной стационар.</p> <p>В день выписки пациента из организации, оказывающей стационарозамещающую помощь, составляется эпикриз, копия которого направляется в ПЦПЗ, КПЗ, по месту жительства пациента, для</p>	значительное

приобщения его к медицинской карте амбулаторного пациента.

Наличие документации (внутренние приказы, положения, протоколы, анкеты, аналитические справки) о проведении клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям:

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

отсутствие сбора анамнеза;

полнота сбора анамнеза;

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

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:

отсутствие диагностических мероприятий ;

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

проведение диагностических исследований, предусмотренных клиническими протоколами;

проведение диагностических исследований с высоким, неоправданным риском для состояния здоровья пациента, обоснованность проведения диагностических исследований, не вошедших в клинические протокола;

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: диагноз отсутствует, неполный или неправильный, не соответствует международной классификации болезней ;

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

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

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 (помощи);

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

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

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

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

мнение консультанта ошибочное и повлияло на исход заболевания.

Наличие подтверждающей документации о проведении оценки объективности причин несвоевременной консультации и влияния несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);

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

отсутствие лечения при наличии показаний;

назначение лечения при отсутствии показаний;

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

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

необоснованное отклонение от требований клинических протоколов, наличие полипрагмазии, приведшее к развитию нового патологического синдрома и ухудшению состояния пациента;

6) отсутствие или развитие осложнений после медицинских вмешательств, оцениваются 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:

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

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

отсутствие ожидаемого клинического эффекта вследствие проведения малоэффективных лечебных, профилактических мероприятий без

	<p>учета особенностей течения заболевания, сопутствующих заболеваний, осложнений, назначение лекарственных средств без доказанной клинической эффективности;</p> <p>наличие полипрагмазии, обусловившее развитие нежелательных последствий;</p> <p>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</p>	
Требования для субъектов(объектов), оказывающих медико-социальную помощь лицам с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями) в виде скорой медико-социальной помощи		
300	<p>Оказание скорой специализированной психиатрической помощи осуществляется специализированными бригадами, организованными в составе организации, оказывающей скорую медико-социальную помощь или ЦПЗ.</p>	значительное
Требования для субъектов(объектов), оказывающих медико-социальную реабилитацию в области психического здоровья		
301	<p>Наличие подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе</p>	Грубое
302	<p>Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований к медико-социальной реабилитации в амбулаторных, либо стационарозамещающих условиях.</p> <p>При оказании медико-социальной реабилитации в амбулаторных, либо стационарозамещающих условиях ежедневное время пребывания составляет не менее 6 (шести) часов, за исключением выходных и праздничных дней, при этом предусматривается двухразовое питание с учетом времени приема психотропных препаратов. В подразделении медико-социальной реабилитации пациент обеспечивается необходимой медикаментозной терапией и необходимым обследованием.</p> <p>Медико-социальная реабилитация пациентов с ППР оказывается по</p>	значительное

	индивидуальной программе реабилитации пациента с ППР	
303	<p>Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований к медико-социальной реабилитации в стационарных условиях.</p> <p>При госпитализации на медико-социальную реабилитацию осуществляются следующие мероприятия :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) идентификация пациента;</li> <li>2) проверка наличия и соответствие имеющейся медицинской документации, направление на прохождение регламентированных и (или) дополнительных обследований;</li> <li>3) разрабатывается индивидуальная программа реабилитации пациента с ППР ;</li> <li>4) заполняется первичная медицинская документация.</li> </ol> <p>Выявление общих противопоказаний для госпитализации на медико – социальную реабилитацию:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) острые состояния, требующие строгого или усиленного режима наблюдения;</li> <li>2) наличие сопутствующих заболеваний, требующих лечения в стационарах другого профиля;</li> <li>3) инфекционные заболевания в период эпидемиологической опасности</li> </ol>	значительное
304	<p>Наличие подтверждающей документации по осуществлению деятельности мультидисциплинарной группы.</p> <p>Медико-социальную реабилитацию взрослых с ППР осуществляет мультидисциплинарная группа:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) руководитель (врач менеджер здравоохранения или врач психиатр);</li> <li>2) врач психиатр;</li> <li>3) психолог;</li> <li>4) социальный работник или специалист по социальной работе;</li> <li>5) инструктор по труду или специалист в области трудовой терапии, спорта;</li> <li>6) средний медицинский работник.</li> </ol> <p>Состав мультидисциплинарной группы расширяется при увеличении перечня и (или) объема услуг</p>	Грубое
	Требования к длительности медико-социальной реабилитации.	



305	<p>Длительность медико-социальной реабилитации взрослых пациентов с ППР составляет не более 3 (трех) месяцев.</p> <p>Длительность медико-социальной реабилитации детей с ППР составляет не более 3 (трех) месяцев.</p> <p>Длительность медико-социальной реабилитации взрослым с ППР вследствие употребления ПАВ составляет не более 9 (девяти) месяцев.</p> <p>Длительность медико-социальной реабилитации детей с ППР, вследствие употребления ПАВ составляет не более 9 (девяти) месяцев.</p>	значительное
Требования для субъектов(объектов), оказывающих проведение медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения		
306	Наличие подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе	Грубое
307	<p>Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований к проведению идентификации лица направленного или пришедшего на медицинское освидетельствование.</p> <p>Перед проведением медицинского освидетельствования медицинский работник осуществляет идентификацию лица, направленного или пришедшего на медицинское освидетельствование, ознакомившись с его документами, удостоверяющими личность или электронными документами из сервиса цифровых документов.</p> <p>При отсутствии документов освидетельствуемого лица, в заключении медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения (далее – Заключение) указываются его особые приметы с обязательным указанием о получении паспортных данных со слов направившего лица или освидетельствуемого.</p> <p>Отсутствие документов, удостоверяющих личность или электронных документов из сервиса цифровых документов, не является основанием для отказа в освидетельствовании.</p>	значительное

	<p>Установление личности лица, направленного на медицинское освидетельствование, не входит в компетенцию медицинского работника.</p>	
308	<p>Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований к проведению освидетельствования к иностранным гражданам и несовершеннолетних граждан РК. Иностранцы граждане, постоянно проживающие и временно пребывающие на территории Республики Казахстан, а также лица без гражданства, находящиеся в состоянии опьянения в общественном месте, на работе, либо управляющие транспортным средством, подлежат медицинскому освидетельствованию на общих основаниях.</p> <p>Медицинское освидетельствование несовершеннолетних граждан Республики Казахстан проводится в присутствии их законных представителей .</p>	значительное
309	<p>Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований к медицинскому освидетельствованию лиц, доставленных в тяжелом бессознательном состоянии.</p> <p>В специализированной организации здравоохранения, при доставлении лица в тяжелом, бессознательном состоянии для определения состояния, связанного с употреблением ПАВ, проводится двукратное (с интервалом 30-60 минут), количественное исследование на наличие ПАВ в биологических жидкостях организма (кровь, моча, слюна).</p> <p>В специализированной организации здравоохранения на момент оказания медицинской помощи в медицинской карте пациента делается запись о наличии (отсутствии) у лица состояния опьянения или факта употребления ПАВ по результатам клинического обследования и лабораторного исследования биологических образцов, при этом Заключение не составляется</p>	значительное
	<p>Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований к условиям проведения лабораторного исследования или экспресс-тестирования биологических сред.</p>	

310	<p>Проведение лабораторного исследования или экспресс-тестирования биологических сред (кровь или моча при подозрении на алкогольное опьянение, моча при подозрении на наркотическое или токсикоманическое опьянение) осуществляется в следующих случаях:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) невозможность полного освидетельствования в связи с тяжестью состояния освидетельствуемого;</li> <li>2) при наличии сомнений медицинского работника в комплексной оценке состояния опьянения (психических, поведенческих, вегетативных и соматоневрологических расстройств);</li> <li>3) несогласия освидетельствуемого с результатами Заключения;</li> <li>4) повторного освидетельствования;</li> <li>5) при установлении факта употребления ПАВ и отсутствии признаков состояния опьянения (психических, поведенческих, вегетативных и соматоневрологических расстройств);</li> <li>6) при дорожно-транспортном происшествии или совершении правонарушения с наличием пострадавших лиц;</li> <li>7) если с момента совершения дорожно-транспортного происшествия и правонарушения без пострадавших прошло более 3 (трех) часов</li> </ol>	значительное
311	<p>Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований к проведению лабораторного исследования или экспресс-тестирования биологических сред.</p> <p>Характер и последовательность проведения биологических проб определяется медицинским работником, производящим освидетельствование, в зависимости от особенностей клинического состояния освидетельствуемого.</p> <p>Опечатывание и этикетирование отобранных биологических проб для лабораторного исследования производится в присутствии освидетельствуемого и лица, направившего и (или) доставившего освидетельствуемого.</p> <p>В случаях, если освидетельствуемое лицо не в состоянии объективно оценивать происходящие события, данная</p>	значительное

	<p>процедура производится в присутствии понятых (незаинтересованных лиц)</p>	
312	<p>Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований к проведению количественного исследования выдыхаемого воздуха на алкоголь.</p> <p>При проведении медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния алкогольного опьянения проводится количественное исследование выдыхаемого воздуха на алкоголь.</p> <p>Исследование выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя осуществляется с использованием технических средств измерения, официально зарегистрированных в Республике Казахстан.</p> <p>Если проведение освидетельствования в полном объеме не представляется возможным в силу психических и (или) соматоневрологических нарушений, или отказа лица от освидетельствования, в Заключении указываются причины невозможности проведения освидетельствования в полном объеме</p>	значительное
313	<p>Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований к оформлению отказа от медицинского освидетельствования</p> <p>В случае отказа лица от медицинского освидетельствования, медицинским работником заполняется пункт 1 Заключения и ставятся подписи понятых (незаинтересованных лиц).</p> <p>Присутствие понятых (незаинтересованных лиц) в случае, когда освидетельствуемое лицо не в состоянии оценивать происходящие события или отказывается от прохождения медицинского освидетельствования, обеспечивается лицами, по инициативе которых проводится освидетельствование</p>	значительное
	<p>Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований к установлению состояния освидетельствуемого лица.</p> <p>Медицинский работник при составлении Заключения и при проведении полного освидетельствования и согласии лица на проведение освидетельствования устанавливает одно из следующих</p>	

314	<p>состояний на основании имеющихся клинических и (при необходимости) лабораторных данных либо результатов экспресс-тестирования, подтверждающих вид психоактивного вещества, вызвавшего опьянение:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) трезв(а);</li> <li>2) факт употребления ПАВ, признаки опьянения не выявлены;</li> <li>3) алкогольное опьянение (легкая, средняя, тяжелая степень);</li> <li>4) состояние опьянения (наркотическое, токсикоманическое), вызванное употреблением ПАВ (наркотики – опиоиды, каннабиоиды, кокаин; седативные, снотворные вещества; психостимуляторы; галлюциногены; летучие растворители)</li> </ol>	значительное
315	<p>Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований к оформлению Заключения медицинского освидетельствования.</p> <p>Заключение составляется в 3 (трех) экземплярах, заверяется подписью медицинского работника и печатью медицинской организации, в которой проводилось освидетельствование. Один экземпляр выдается лицу, доставившему освидетельствуемого, либо лицу, пришедшему на освидетельствование самостоятельно, второй экземпляр остается в медицинской организации и хранится в архиве в течение 5 (пяти) лет, третий экземпляр выдается лицу, доставленному на медицинское освидетельствование.</p> <p>При отсутствии сопровождающего, экземпляр Заключения по официальному письменному запросу лица, направившего на медицинское освидетельствование, высылается почтой или на указанный электронный адрес.</p> <p>Результаты освидетельствования, сообщаются освидетельствуемому лицу сразу же в присутствии лица, его направившего и (или) доставившего. В случаях, когда Заключение выносится после получения результатов лабораторных исследований, экземпляр Заключения выдается не позднее 5 рабочих дней со дня получения результатов лабораторных исследований.</p>	значительное

	При несогласии освидетельствуемого лица, либо должностного лица, его доставившего, с результатами медицинского освидетельствования производится повторное медицинское освидетельствование.	
316	Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований к повторному медицинскому освидетельствованию. Повторное медицинское освидетельствование проводится не позднее 2 (двух) часов после первичного освидетельствования.	значительное
Требования для субъектов(объектов), оказывающих временную адаптацию и детоксикации		
317	Наличие подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе	грубое
318	Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований организации деятельности центра временной адаптации и детоксикации: Доставку в ЦВАД лица с подозрением на алкогольное опьянение осуществляют сотрудники органов внутренних дел. При доставке, сотрудники органов внутренних дел: 1) оказывают содействие медицинскому персоналу при осуществлении освидетельствования, помещения в ЦВАД; 2) осуществляют изъятие огнестрельного, холодного оружия, взрывчатых, отравляющих и ядовитых веществ, иных предметов, запрещенных в обращении в Республике Казахстан.	значительное
319	Установление сотрудниками органов внутренних дел личного доставленного и сообщение медицинскому персоналу ЦВАД. Отсутствие документов, удостоверяющих личность доставленного, не служит основанием отказа в помещении его в ЦВАД.	значительное
	Осуществление регистрация лица, доставленного с подозрением на алкогольное опьянение в журнале учета приемов и отказов в госпитализации по утвержденной форме	

320	<p>После регистрации доставленного лица, врачом-психиатром (наркологом) проводится медицинское освидетельствование для определения наличия показаний и противопоказаний к помещению в ЦВАД.</p>	<p>значительное</p>
321	<p>Результаты медицинского освидетельствования оформляются в заключении о медицинском освидетельствовании, проведенном в ЦВАД (далее - заключение) по утвержденной форме</p> <p>В заключении описывается клиническое состояние со следующими выводами: подлежит помещению в ЦВАД; отказано в помещении в ЦВАД.</p> <p>Заключение составляется в двух экземплярах, которые заверяются подписью врача-психиатра (нарколога). Один экземпляр заключения выдается сотруднику органов внутренних дел, осуществившему доставку, второй экземпляр хранится в ЦВАД.</p> <p>Заключение приобщается к карте пациента, находящегося в центре временной адаптации и детоксикации.</p>	<p>значительное</p>
322	<p>Регистрация медицинским персоналом личных вещей, документов, денег и других ценностей в журнале регистрации документов и личных вещей пациентов по форме перед помещением пациента в ЦВАД.</p> <p>Одежда пациентов, помещенных в ЦВАД, хранится в индивидуальных шкафах. Документы, деньги, другие ценности хранятся в металлических шкафах (сейфах) в соответствующей таре. Шкаф для одежды и индивидуальная тара имеют одинаковый порядковый номер.</p>	<p>значительное</p>
323	<p>Наличие карты помещенного в ЦВАД, находящегося в центре временной адаптации и детоксикации (далее – карта пациента) При наличии медицинских показаний назначается лечение. Назначения врача заносятся в карту пациента. Кратность врачебных осмотров зависит от состояния пациента.</p>	<p>значительное</p>
324	<p>Выписка пациента осуществляется врачом-психиатром (наркологом) в плановом порядке при достижении улучшения состояния, не требующего дальнейшего наблюдения и лечения в условиях ЦВАД, в течение 24 (двадцати</p>	<p>значительное</p>

	<p>четырёх) часов с момента поступления. При выписке делается соответствующая запись в карте пациента и журнале учета приемов и отказов в госпитализации.</p>	
325	<p>Письменное подтверждение пациента, о том, что при получении своих документов и личных вещей все документы и личные вещи получены в соответствии с записью в журнале регистрации документов и личных вещей пациентов, кроме вещей, хранение которых является незаконным.</p>	<p>значительное</p>
<p>Требования для субъектов(объектов), оказывающих медицинское освидетельствование и проведения смены пола для лиц с расстройствами половой идентификации</p>		
326	<p>Наличие подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе</p>	<p>грубое</p>
327	<p>Наличие подтверждающей документации о соблюдении требования по проведению медицинского освидетельствования лиц с расстройствами половой идентификации для смены пола:</p> <p>Лицо, с расстройствами половой идентификации, достигшее двадцати одного года, дееспособное, кроме лица с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями) (далее – ППР), желающее провести смену пола (далее - освидетельствуемое лицо), обращается с письменным заявлением в организацию, оказывающую медицинскую помощь в области психического здоровья (далее – медицинская организация).</p> <p>Врач психиатр проводит осмотр и изучение, имеющихся документов освидетельствуемого лица с целью установления ППР, являющихся противопоказаниями для смены пола.</p>	<p>значительное</p>
328	<p>Направление врачом психиатром освидетельствуемого лица при наличии сомнений в психическом состоянии на стационарное обследование в медицинскую организацию</p>	<p>значительное</p>
	<p>Направление освидетельствуемого лица врачом психиатром при отсутствии ППР, являющихся противопоказаниями для смены пола, в поликлинику по месту</p>	



329	<p>жительства, на прохождение медицинского обследования</p> <p>После прохождения медицинского обследования врач психиатр направляет освидетельствуемое лицо на медицинское освидетельствование комиссии, утверждаемой руководителем медицинской организации.</p>	значительное
Требования для субъектов (объектов), предоставляющих лабораторные услуги		
330	Наличие подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе	грубое
331	Наличие письменного добровольного согласия пациента либо его законного представителя при инвазивных вмешательствах и на проведение лечебно-диагностических мероприятий	значительное
332	Наличие в штате лаборатории специалиста по биобезопасности (при штате лабораторного персонала больше двадцати штатных единиц)	значительное
333	Наличие в организациях первичной медико-санитарной помощи портативных анализаторов на тест-полосках	значительное
334	<p>Наличие на стационарном уровне в организациях здравоохранения в составе консультативно-диагностической лаборатории (далее - КДЛ) созданной дополнительного подразделения либо отдельной экспресс-лаборатория при отделениях реанимации для выполнения экстренных и неотложных лабораторных исследований в минимальные сроки от взятия пробы до сообщения результата (в течении 15-60 минут).</p> <p>Для экстренной оценки патологического состояния пациентов проводятся общеклинические и биохимические исследования, в том числе экспресс-тесты . Лабораторная диагностика экспресс-лабораторией осуществляется при различных неотложных состояниях ( при проведении хирургических вмешательств, оказании анестезиологического пособия, ведении больных в отделениях реанимации и интенсивной терапии) в круглосуточном режиме. При отсутствии</p>	значительное

	экспресс-лаборатории в организациях здравоохранения, оказывающих стационарную помощь в вечернее и ночное время, а также в воскресные и праздничные дни, работа в КДЛ обеспечивается дежурной бригадой, состоящей из врачей и лаборантов	
335	Выполнение процессов по управлению качеством клинических лабораторных исследований по принципу этапности, который включает в себя преаналитический, аналитический и постаналитический этапы лабораторного исследования	значительное
336	Использование для выполнения исследований сертифицированного и зарегистрированного в Республике Казахстан оборудования, диагностических наборов реагентов, тест-систем и комплектующих расходных материалов	значительное
337	Наличие лабораторной информационной системы	значительное
338	Проведение внутрिलाбораторного контроля качества исследования	значительное
339	Соблюдение тройной упаковки и температурного режима при осуществлении транспортировки биоматериала, в том числе авто-, авиа- и железнодорожным транспортом	значительное
340	Наличие подтверждающей документации о соблюдении алгоритма проведения контроля аналитического качества в лабораторной диагностике	значительное
341	Наличие договора на оказание платных медицинских услуг в организациях здравоохранения. Наличие документов, устанавливающих факт сооплаты	грубое
342	Наличие подтверждающей документации о компетентности и качестве лабораторной диагностики	значительное
343	Документирование проведения лабораторной диагностики	значительное
Требования для субъектов (объектов), оказывающих скорую медицинскую помощь и медицинскую помощь в форме медицинской авиации		
Общие требования		
344	Наличие подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального	грубое

	медицинского страхования на бесплатной основе	
345	Наличие подтверждающей документации о соответствии проведенных лечебных и диагностических мероприятий с рекомендациями клинических протоколов	значительное
346	<p>Наличие документации (внутренние приказы, положения, протоколы, анкеты, аналитические справки) о проведении клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям:</p> <p>1) общее количество выявленных нарушений, их структура, возможные причины и пути устранения;</p> <p>4) количество выявленных нарушений, повлекших ухудшение состояния здоровья;</p> <p>Службой проводится экспертиза: в организациях скорой медицинской помощи экспертиза качества медицинских услуг (помощи) не менее 10 % обслуженных вызовов за квартал, в том числе все случаи: выезда к пациенту после отказа в госпитализации медицинской организацией, оказывающей стационарную помощь; отказа от медицинской помощи с указанием возможных последствий, оформленных записью в медицинских документах, в том числе в электронной форме, подписанной пациентом либо его законным представителем, а также медицинским работником; отказа от подписания пациентом либо его законным представителем отказа от медицинской помощи, с соответствующей записью об этом в медицинской документации, в том числе в электронной форме, подписанной медицинским работником; повторных вызовов к одному и тому же пациенту по тому же заболеванию в течение суток с момента первого вызова, за исключением случаев: летальности при вызовах: смерть до прибытия бригады, смерть в присутствии бригады;</p> <p>Результаты внутренней экспертизы, в том числе их сопоставление с результатами внешней экспертизы, выносятся и разбираются на заседаниях Службы,</p>	Значительное

	<p>внутрибольничных комиссий, на врачебных конференциях с последующим принятием организационных решений, с целью повышения уровня знаний медицинских работников и выработки оптимальных подходов к лечебно-диагностическому процессу, которые оформляются протоколом. По результатам внутренней экспертизы руководителю медицинской организации ежемесячно Службой вносятся предложения по устранению выявленных причин и условий снижения качества оказываемых медицинских услуг (помощи).</p>	
Для скорой медицинской помощи		
347	Оснащение санитарного автотранспорта радиосвязью и навигационной системой	грубое
348	Наличие в службе скорой медицинской помощи областей, городов республиканского значения и столицы автоматизированной системы управления по приему и обработке вызовов и систем, позволяющим вести мониторинг за санитарным автотранспортом посредством навигационных систем, а также системы компьютерной записи диалогов с абонентами и автоматическим определителем номера телефона, с которого поступает вызов. Хранение записей диалогов осуществляется не менее 2 лет.	грубое
349	Наличие региональных Call-центров (колл-центры) в составе областных станции скорой медицинской помощи и станциях скорой медицинской помощи городов республиканского значения и столицы	грубое
350	Соблюдение пяти минутной обработки вызова скорой медицинской помощи с момента его получения диспетчером, в течение которого проводится сортировка по категории срочности вызова.	Значительное
351	Соблюдение времени прибытия бригады до места нахождения пациента с момента получения вызова от диспетчера согласно перечню категорий срочности вызовов скорой медицинской помощи (от 10 минут до 60 минут)	Значительное
	Правильное определение диспетчером ССМП вызовов по категории срочности согласно:	

352	<p>1) вызов 1 (первой) категории срочности – состояние пациента, представляющее непосредственную угрозу жизни, требующее оказания немедленной медицинской помощи;</p> <p>2) вызов 2 (второй) категории срочности – состояние пациента, представляющее потенциальную угрозу жизни без оказания медицинской помощи;</p> <p>3) вызов 3 (третьей) категории срочности – состояние пациента, представляющую потенциальную угрозу для здоровья без оказания медицинской помощи;</p> <p>4) вызов 4 (четвертой) категории срочности – состояние пациента, вызванное острым заболеванием или обострением хронического заболевания, без внезапных и выраженных нарушений органов и систем, при отсутствии непосредственной и потенциальной угрозы жизни и здоровью пациента.</p>	значительное
353	<p>Принятие фельдшером или врачом бригады ССМП или отделения СМП при организации ПМСП одно из следующих решений по результатам данных осмотра, инструментальной диагностики, динамики состояния пациента на фоне или после проведенных лечебных мероприятий, в соответствии с предварительным диагнозом, отражающим причины данного состояния :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- транспортировка пациента в медицинскую организацию, оказывающую стационарную помощь (далее – стационар);</li> <li>- пациент оставлен на месте вызова;</li> <li>- пациент оставлен на дому (по месту проживания)</li> </ul>	грубое
354	<p>Наличие медицинских рекомендаций для дальнейшего обращения в организацию ПМСП (по месту жительства или прикрепления в случае оставления пациента, не нуждающегося в госпитализации, на месте вызова или на дому, бригадой ССМП или отделения СМП при организации ПМСП предоставляются</p>	значительное
355	<p>Наличие сигнального листа для пациента в случае заболевания пациента и необходимости его посещения на дому участковым врачом</p>	значительное

356	Наличие фиксирования следующих данных при поступлении вызова в диспетчерскую службу станции скорой медицинской помощи: 1) фамилия, имя, отчества (при его наличии), возраст и пол пациента; 2) данные по состоянию пациента и обстоятельства несчастного случая, травмы или заболевания; 3) адрес и телефон, а также ориентировочные данные по проезду к месту нахождения пациента.	значительное
357	Соблюдение времени прибытия фельдшерских и специализированных (врачебных) бригад до места нахождения пациента с момента получения вызова от диспетчера станции скорой медицинской помощи с учетом категории срочности: 1) 1 категория срочности – до десяти минут; 2) 2 категория срочности – до пятнадцати минут; 3) 3 категория срочности - до тридцати минут; 4) 4 категория срочности - до шестидесяти минут	значительное
358	Наличие информирования диспетчера ССМП приемного отделения стационара о доставке пациента в случае принятия решения бригадой ССМП или отделения СМП при организации ПМСП о транспортировке пациента в стационар	значительное
359	Наличие минимального перечня медицинских изделий санитарного транспорта станции скорой медицинской помощи по классам А, В и С	значительное
Для медицинской помощи в форме медицинской авиации		
360	Наличие задание на санитарный полет по форме № 090/у	значительное
361	Наличие подтверждающей документации о проведении мобильной бригадой медицинской авиации при транспортировке пациента (ов) на постоянной основе оценку состояния и лечение пациента (ов) по соответствующим клиническим протоколам диагностики и лечения	значительное
	Наличие оснований для предоставления медицинской помощи в форме медицинской авиации (выписка из медицинской карты пациента, нуждающегося в медицинской помощи в	

362	<p>форме медицинской авиации; заявка врача-координатора отделения медицинской авиации диспетчеру Координирующей организации; в экстренных случаях устное поручение уполномоченного органа, с письменным подтверждением; вызов от службы СМП и других экстренных служб)</p>	грубое
363	<p>Наличие согласования диспетчером Координирующей организации состава мобильной бригады медицинской авиации и привлеченного квалифицированного (ых) профильного (ых) специалиста (специалистов) из медицинских организаций региона с получением их информированного согласия</p>	значительное
364	<p>Наличие в Координирующей организации утвержденного субъектами здравоохранения и организациями медицинского образования графика квалифицированных специалистов по оказанию медицинской помощи в форме медицинской авиации</p>	грубое
365	<p>Наличие информированного согласия пациента (ов) на оказание медицинской помощи в форме медицинской авиации при его транспортировке.</p> <p>В отношении несовершеннолетних и граждан, признанных судом недееспособными, согласие предоставляют их законные представители. Оказание медицинской помощи пациентам, находящимся в бессознательном состоянии, принимается решением консилиума или врачом медицинской организации региона, или мобильной бригадой медицинской авиации, или квалифицированным специалистом с уведомлением в произвольной форме должностных лиц медицинской организации.</p>	грубое
<p>Требования для субъектов (объектов), осуществляющих деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции</p>		
366	<p>Наличие подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе</p>	грубое

367	<p>Проведение обследования методом экспресс-тестирования с регистрацией в журнале исследований на ВИЧ методом экспресс тестирования.</p> <p>В случае положительного результата экспресс-теста при информированном согласии тестируемого лица и наличии документа, удостоверяющего личность, проводится обследование на ВИЧ-инфекцию в соответствии с порядком проведения диагностики ВИЧ-инфекции у взрослых и детей старше 18 месяцев.</p>	значительное
368	<p>Наличие письменного уведомления организацией здравоохранения, выявившие при медицинском обследовании факт ВИЧ-инфекции у обследуемого о полученном результате, о необходимости соблюдения мер предосторожности, направленных на охрану собственного здоровья и здоровья окружающих, а также предупреждение об административной и уголовной ответственности за уклонение от лечения и заражение других лиц с подписанием пациентом листа конфиденциального собеседования с лицом, инфицированным ВИЧ согласно форме № 095/у</p>	значительное
369	<p>Наличие подтверждающей документации о соблюдении сроков выдачи отрицательных результатов.</p> <p>Отрицательный результат обследуемый получает по месту забора крови при предъявлении документа, удостоверяющего личность или электронного документа из сервиса цифровых документов в течение 3 (трех) рабочих дней с момента поступления образца крови для исследования в лабораторию.</p>	значительное
370	<p>Наличие подтверждающей документации о соблюдением сроков направления образцов сыворотки в РГОЗ.</p> <p>При получении двух положительных результатов исследований образец сыворотки объемом не менее 1 (одного) мл направляется в лабораторию РГОЗ для проведения подтверждающих исследований в срок не позднее трех рабочих дней с момента последней постановки.</p>	значительное
	<p>Наличие подтверждающей документации о соблюдении сроков повторного</p>	



371

обследования при сомнительном результате.

При получении противоречивых результатов исследований, результат считается сомнительным. Через 14 (четырнадцать) календарных дней проводится повторный забор крови и исследование на ВИЧ-инфекцию, согласно первому этапу проведения диагностики ВИЧ-инфекции у взрослых (РГОЗ информацию о сомнительном результате на ВИЧ-инфекцию передает в территориальную государственную организацию здравоохранения, осуществляющую деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции, для повторного обследования на ВИЧ-инфекцию).

При получении повторного сомнительного результата на ВИЧ-инфекцию через 14 (четырнадцать) календарных дней, проводятся дополнительные исследования с применением других серологических тестов. Отрицательный результат выдается по двум отрицательным результатам из трех проведенных исследований. Положительный результат выдается по двум положительным результатам из трех проведенных исследований. В случае обследования беременных дополнительно используются молекулярно-биологические тесты (количественное определение рибонуклеиновой кислоты ВИЧ с чувствительностью теста не более 50 копий/мл или определение провирусной дезоксирибонуклеиновой кислоты ВИЧ).

значительное

Наличие дотестового и послетестового консультирования.

Дотестовое консультирование предоставляется через средства наглядной агитации, которые демонстрируются в местах ожидания.

Дотестовое консультирование включает:

- 1) информацию о пользе обследования на ВИЧ-инфекцию, путях передачи и значении ВИЧ-положительного и ВИЧ-отрицательного результатов теста;
- 2) разъяснение об имеющихся услугах в случае ВИЧ-положительного диагноза,

372	<p>включая разъяснение о бесплатном получении антиретровирусной терапии;</p> <p>3) краткое описание методов профилактики и обследования партнера при положительном результате теста на ВИЧ-инфекцию;</p> <p>4) гарантию конфиденциальности результатов теста.</p> <p>Наличие послетестового консультирования обследованных.</p> <p>Послетестовое консультирование включает:</p> <p>1) сообщение пациенту результата тестирования и значения результата;</p> <p>2) информирование о возможном нахождении в серонегативном окне (при неопределенном или отрицательном результате) и необходимости повторного обследования на ВИЧ-инфекцию;</p> <p>3) разъяснение возможностей снижения риска инфицирования за счет изменения поведения;</p> <p>4) информирование о возможностях дополнительной медицинской помощи для ключевых групп населения, психо-социальной помощи;</p> <p>5) психологическую помощь и поддержку</p> <p>.</p>	значительное
373	<p>Направление организацией здравоохранения, осуществляющей деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции в территориальный государственный орган в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия экстренного извещения по форме № 034/у на каждый случай ВИЧ-инфекции, предположительно связанный с оказанием медицинской помощи (внутрибольничный)</p>	грубое
374	<p>Наличие Листа конфиденциального собеседования с лицом, инфицированным ВИЧ, Формы № 095/у, которая включает: согласие на внесение персональных данных в электронные информационные ресурсы. При отказе на ввод персональных данных в систему ЭС, вносятся данные, которые включают номер иммунного блотинга (далее – ИБ), дату ИБ, инициалы, дата рождения, данные эпидемиологического анамнеза</p>	значительное
	<p>Мониторинг и оценка охвата ключевых групп населения и людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, проводится путем</p>	

375	ведения базы данных индивидуального учета клиентов и соответствующих форм учетной и отчетной документации специалистами организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции	значительное
376	Осуществление перевода работодателем медицинских работников с установленным диагнозом "ВИЧ-инфекция" на другую работу, не связанную с нарушением целостности кожных покровов или слизистых	грубое
377	Наличие подтверждающей документации об осуществлении диагностики и лечения ИППП. В дружественных кабинетах осуществляется диагностика и лечение ИППП по клиническим протоколам диагностики и лечения ИППП	значительное
378	Наличие оборудованного транспорта для передвижных пунктов доверия	значительное
379	Наличие подтверждающей документации о осуществлении доконтактной и постконтактной профилактики среди населения и ключевых групп населения	значительное
380	Наличие наблюдения за контактными в установленные сроки. За контактными устанавливается наблюдение в организации здравоохранения, осуществляющей деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции. Продолжительность наблюдения за контактными устанавливается для: 1) детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей – восемнадцать месяцев; 2) медицинских работников в случае аварийной ситуации – три месяца; 4) реципиентов донорского биоматериала – три месяца; 5) половых партнеров ВИЧ-инфицированных и контактных по совместному введению наркотиков - до получения через 3 месяца после завершения контакта отрицательного результата теста на ВИЧ-инфекцию; при продолжающемся контакте проводится обследование контактных на наличие ВИЧ-инфекции 2 раза в год;	грубое

	<p>б) лиц из внутрибольничного очага - три месяца после выписки из медицинской организации; в случае, если после выписки прошло более трех месяцев, контактные проходят однократное обследование, при отрицательном результате наблюдение прекращается.</p>	
381	<p>Наличие динамического наблюдения и обеспечение антиретровирусной терапии ВИЧ-инфицированных лиц.  Результаты лабораторного обследования контактных фиксируются в амбулаторной карте ВИЧ-инфицированного, состоящего на диспансерном учете (дискордантные пары).  ВИЧ-инфицированный в динамике представляет данные на изменение семейного положения, фамилии, имени, отчества (при его наличии), данные о новых контактных лицах для обследования и наблюдения, которые вводятся в базу электронного слежения.  Предоставление антиретровирусной терапии для снижения риска передачи ВИЧ-инфекции с момента установления диагноза проводится по рекомендациям клинических протоколов диагностики и лечения ВИЧ-инфекции у взрослых и детей, с привлечением услуг аутрич работников и социальных работников.</p>	грубое
	<p>Наличие документации (внутренние приказы, положения, протоколы, анкеты, аналитические справки) о проведении клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям:  1) качество сбора анамнеза, которое оценивается по следующим критериям:  отсутствие сбора анамнеза;  полнота сбора анамнеза;  наличие данных о перенесенных, хронических и наследственных заболеваниях, проведенных гемотрансфузиях, переносимости лекарственных препаратов, аллергологический статус;  развитие осложнений вследствие допущенных тактических ошибок при проведении лечебно-диагностических мероприятий из-за некачественного сбора анамнеза;</p>	

2) полнота и обоснованность проведения диагностических исследований, которые оцениваются по следующим критериям: отсутствие диагностических мероприятий ;  
неправильное заключение или отсутствие заключения по результатам проведенных диагностических исследований, приведшие к неправильной постановке диагноза и ошибкам в тактике лечения;  
проведение диагностических исследований, предусмотренных клиническими протоколами;  
проведение диагностических исследований с высоким, неоправданным риском для состояния здоровья пациента, обоснованность проведения диагностических исследований, не вошедших в клинические протокола;  
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: диагноз отсутствует, неполный или неправильный, не соответствует международной классификации болезней ;  
не выделен ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть течения заболевания, не распознаны сопутствующие заболевания и осложнения;  
диагноз правильный, но неполный, не выделен ведущий патологический синдром при выделенных осложнениях, не распознаны сопутствующие заболевания, влияющие на исход;  
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 (помощи);

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

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

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

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

мнение консультанта ошибочное и повлияло на исход заболевания.

Наличие подтверждающей документации о проведении оценки объективности причин несвоевременной консультации и влияния несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);

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

отсутствие лечения при наличии показаний;

назначение лечения при отсутствии показаний;

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

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

значительное

	<p>необоснованное отклонение от требований клинических протоколов, наличие полипрагмазии, приведшее к развитию нового патологического синдрома и ухудшению состояния пациента;</p> <p>б) отсутствие или развитие осложнений после медицинских вмешательств, оцениваются все возникшие осложнения, в том числе обусловленные оперативными вмешательствами (запоздалое оперативное вмешательство, неадекватный объем и метод, технические дефекты) и диагностическими процедурами;</p> <p>7) достигнутый результат, который оценивается по следующим критериям: достижение ожидаемого клинического эффекта при соблюдении технологии оказания медицинских услуг (помощи); отсутствие клинического эффекта лечебных и профилактических мероприятий вследствие некачественного сбора анамнеза и проведения диагностических исследований; 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;</p> <p>наличие полипрагмазии, обусловившее развитие нежелательных последствий;</p> <p>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</p>	
Требования для субъектов (объектов), осуществляющих деятельность в сфере службы крови		
383	Наличие подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе	грубое

384	Наличие подтверждающей документации о соблюдении в организации службы крови требований поэтапной маркировки крови и ее компонентов. Обеспечение условий для прослеживаемости движения каждого продукта крови от донора до получения готового продукта и его использование	грубое
385	Наличие подтверждающей документации о соответствии требований лабораторного исследования образцов крови реципиента на наличие маркеров гемотрансмиссивных инфекций до и после трансфузий проведенных качественными иммуносерологическими и молекулярно-биологическими методами на автоматических анализаторах закрытого типа.	грубое
386	Наличие регистрации в электронной информационной базе данных после донации крови и ее компонентов всей информации о донации крови и ее компонентов, в том числе вид реакции и объем оказанной медицинской помощи, в случае побочных эффектов донации, соответствие документов по передаче в блок первичного фракционирования с сопроводительной документацией заготовленной крови и ее компонентов	значительное
387	Наличие предоставленной донору анкеты донора крови и ее компонентов, которую он заполняет самостоятельно или при участии медицинского регистратора, а также информационный лист	значительное
388	Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований по выполнению иммуногематологических исследований на наличие нерегулярных антиэритроцитарные антител в жидкофазных системах на плоскости и в пробирках, прочтение результата реакции агглютинации с обязательной микроскопией.	значительное
389	Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований по входному и ежедневному внутрилабораторному контролю качества реагентов для подтверждения их активности, и специфичности. Входному контролю подлежат: 1) закупленные материалы (контейнеры для сбора крови, реагенты, тест-системы, дезинфицирующие средства,	значительное



	инструменты и другие материалы), номенклатура которых утверждается первым руководителем организации службы крови; 2) единицы донорской крови и ее компонентов (при приемке в производство)	
390	Помещение собранной в выездных условиях крови в термоконтейнеры с маркировкой "Гемопродукция необследованная, выдаче не подлежит" и при температуре 22±2°С доставляется в течение 18-24 часов в организацию службы крови	значительное
391	Использование реагентов с моноклональными антителами и оборудования, зарегистрированного государственным органом в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий для иммуногематологических исследований образцов крови потенциальных реципиентов	значительное
392	Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований переливания крови, ее компонентов	значительное
393	Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований прохождения донором перед донацией крови и ее компонентов обязательного медицинского обследования в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи	значительное
394	Соответствие требований к медицинскому освидетельствованию доноров, безопасности и качеству при производстве продуктов крови для медицинского применения	значительное
395	Наличие подтверждающей документации о соблюдении требований внешней оценки качества измерений лабораторных исследований в референс-лабораториях	значительное
396	Соблюдение требований по входному и ежедневному внутрилабораторному контролю качества реагентов для подтверждения их активности, и специфичности.	значительное
397	Наличие предоставленной донору анкеты донора крови и ее компонентов, которую он заполняет самостоятельно или при участии медицинского регистратора.	значительное

398	<p>Входному контролю подлежат:</p> <p>1) закупленные материалы (контейнеры для сбора крови, реагенты, тест-системы, дезинфицирующие средства, инструменты и другие материалы), номенклатура которых утверждается первым руководителем организации службы крови;</p>	значительное
399	<p>Соответствие требований к медицинскому освидетельствованию доноров, безопасности и качеству при производстве продуктов крови для медицинского применения</p>	значительное
	<p>Наличие документации (внутренние приказы, положения, протоколы, анкеты, аналитические справки) о проведении клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям:</p> <p>1) качество сбора анамнеза, которое оценивается по следующим критериям: отсутствие сбора анамнеза; полнота сбора анамнеза; наличие данных о перенесенных, хронических и наследственных заболеваниях, проведенных гемотрансфузиях, переносимости лекарственных препаратов, аллергологический статус; развитие осложнений вследствие допущенных тактических ошибок при проведении лечебно-диагностических мероприятий из-за некачественного сбора анамнеза;</p> <p>2) полнота и обоснованность проведения диагностических исследований, которые оцениваются по следующим критериям: отсутствие диагностических мероприятий ; неправильное заключение или отсутствие заключения по результатам проведенных диагностических исследований, приведшие к неправильной постановке диагноза и ошибкам в тактике лечения; проведение диагностических исследований, предусмотренных клиническими протоколами; проведение диагностических исследований с высоким, неоправданным риском для состояния здоровья пациента,</p>	

обоснованность проведения диагностических исследований, не вошедших в клинические протокола;

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: диагноз отсутствует, неполный или неправильный, не соответствует международной классификации болезней ;

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

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

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 (помощи);

4) своевременность и качество консультаций профильных специалистов,

значительное

синдромов, отрицательно повлиявших на исход заболевания;

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

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

мнение консультанта ошибочное и повлияло на исход заболевания.

Наличие подтверждающей документации о проведении оценки объективности причин несвоевременной консультации и влияния несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);

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

отсутствие лечения при наличии показаний;

назначение лечения при отсутствии показаний;

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

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

необоснованное 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, оцениваются все возникшие осложнения, в том числе обусловленные оперативными вмешательствами (запоздалое оперативное вмешательство, неадекватный объем и метод, технические дефекты) и диагностическими процедурами;

	<p>7) достигнутый результат, который оценивается по следующим критериям:  достижение ожидаемого клинического эффекта при соблюдении технологии оказания медицинских услуг (помощи);  отсутствие клинического эффекта лечебных и профилактических мероприятий вследствие некачественного сбора анамнеза и проведения диагностических исследований;  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;  наличие полипрагмазии, обусловившее развитие нежелательных последствий;</p> <p>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</p>	
Требования для субъектов (объектов), оказывающих патологоанатомическую диагностику		
401	Наличие подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе	грубое
402	Соблюдение требования по регистрации отказа в принятии биологического материала, скрепленного с копией направления на анализ биологического материала в патологоанатомическом отделении в отдельной папке ("Отклоненные пробы"), а также в отдельном журнале ("Отклоненные пробы")	значительное
403	Соблюдение врачом-патологоанатомом требования по участию лаборанта в производстве на основании акта вырезки, макроскопического изучения и макроскопического описания биологического материала. При необходимости получения	значительное

	дополнительной клинической информации на этапе макроскопического изучения биологического материала привлекается врач-специалист, направивший материал на исследование	
404	Соблюдение требования согласно которому толщина фрагментов ткани составляет 5 миллиметров (далее – мм), средний диаметр - не более 24 мм	значительное
405	Наличие в протоколе патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) и аутопсийного материала микроскопического описания	значительное
406	Соблюдение требования по выдаче результатов патоморфологического исследования с записями в журналах установленной формы медицинским регистратором или лаборантом	значительное
407	Наличие подтверждающей документации о соблюдении требования по хранению тканевых образцов в парафиновых блоках осуществляемого в едином архиве , организованном по принципу сквозной нумерации	значительное
408	Наличие подтверждающей документации о соблюдении требования по хранению тканевых образцов в парафиновых блоках в специально оборудованном сухом и прохладном помещении, с использованием специализированных архивных систем, так и приспособленных контейнеров, а также хранение микропрепаратов в специализированных архивных системах	грубое
409	Соблюдение требования по размещению микропрепаратов в ящики таким образом, чтобы стекла, относящиеся к одному случаю, располагались одним неделимым блоком	значительное
410	Соблюдение требования по осуществлению лаборантом сортировки и подготовки к утилизации биологических и медицинских отходов	значительное
411	Наличие письменного согласия супруга ( супруги) или одного из близких родственников, или законного представителя при патологоанатомической диагностике при неустановленной непосредственной причины смерти	значительное

412	Соблюдение требования по произведению независимым (независимыми) экспертом (экспертами) патологоанатомического вскрытия умершего по требованию супруга (супруги), близких родственников или законного представителя	значительное
413	Соблюдение требования по оформлению врачом по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" медицинского свидетельства о смерти (предварительное, окончательное) в день проведения патологоанатомического вскрытия	значительное
414	Соблюдение требования по оформлению результатов вскрытия в виде протокола патологоанатомического исследования	значительное
415	Соблюдение требования по прекращению вскрытия при обнаружении признаков насильственной смерти во время проведения патологоанатомического исследования трупа, руководитель медицинской организации письменно сообщает о случившемся в судебно-следственные органы для решения вопроса о передаче трупа на судебно-медицинскую экспертизу. Врач по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" принимает меры к сохранению тела, органов и тканей трупа для дальнейшей судебно-медицинской экспертизы. На произведенную часть патологоанатомического исследования составляется протокол, в конце которого указывается основание для дальнейшего производства судебно-медицинской экспертизы. О каждом случае прерванного патологоанатомического вскрытия врач-патологоанатом письменно извещает заведующего отделением, администрацию организации здравоохранения, где произошла смерть, сразу после прерывания вскрытия	значительное
416	Соблюдение требования по направлению экстренного извещения в государственный орган в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения врачом по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" в случае первичного обнаружения во время вскрытия признаков острого инфекционного	значительное

	заболевания, пищевого или производственного отравления, необычной реакции на прививку	
417	Соблюдение требования по патологоанатомическому вскрытию всех умерших в медицинских организациях, в том числе организациях родовспоможения, новорожденных детей (независимо от того, сколько времени после рождения наблюдались у них признаки жизни) и мертворожденных плодов с массой тела 500 грамм и более при сроке беременности 22 недели и более, в том числе после прерывания беременности (самопроизвольного, по медицинским и социальным показаниям) с обязательным гистологическим исследованием плаценты и оформлением медицинского свидетельства о перинатальной смерти	значительное
418	Соблюдение требования заведующим патологоанатомического отделения по обеспечению проведения вскрытия трупов умерших новорожденных и мертворожденных с обязательным гистологическим исследованием фрагментов тканей и органов и внесением в протокол патологоанатомического исследования	значительное
419	Соблюдение требования руководителями организаций здравоохранения и заведующими патологоанатомического отделения организации по необходимому вирусологическому и бактериологическому исследованию материалов вскрытий умерших новорожденных, мертворожденных и плацент, используя для этого соответствующие лаборатории организаций здравоохранения или государственных органов и организаций в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	значительное
420	Соблюдение требования по оформлению врачом по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" в день проведения патологоанатомического вскрытия медицинского свидетельства о перинатальной смерти (предварительное, окончательное, взамен предварительного)	значительное
	Соблюдение требования врачом по специальности "патологическая анатомия	



421	<p>(взрослая, детская)" при оформлении патологоанатомического диагноза по результатам патологоанатомического вскрытия:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) основное заболевание;</li> <li>2) осложнение основного заболевания;</li> <li>3) причину смерти;</li> <li>4) сопутствующее заболевание;</li> <li>5) комбинированное основное заболевание: конкурирующие заболевания, сочетанные заболевания, фоновое заболевание</li> </ol>	значительное
422	Соблюдение требования по оформлению и ведению первичной медицинской документации	значительное
423	<p>Наличие подтверждающей документации о соблюдении требования по учету материалов патологоанатомических исследований (биопсийного, операционного и аутопсийного материала):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) учетной единицей патологоанатомического исследования биологического материала является один объект (один фрагмент ткани, полученный в результате однократной диагностической или лечебной манипуляции или операции, залитый в один парафиновый или замороженный блок), обработанный одной окраской или реакцией;</li> <li>2) регистрационный номер присваивается каждому объекту. На каждом гистологическом препарате указывается регистрационный номер, идентичный регистрационному номеру соответствующего блока. При необходимости выполнения нескольких окрасок (реакций) с одного блока, к регистрационному номеру микропрепарата, соответствующего номеру блока, добавляются дополнительные буквенные или цифровые идентификаторы окрасок (реакций);</li> <li>3) регистрация биологического материала осуществляется в журнале регистрации поступления биопсийного (операционного) материала и выдачи результатов морфологических исследований</li> </ol>	значительное
	Соблюдение требования по невыдаче протокола патологоанатомического	

424	<p>исследования для ознакомления супругу (супруге), близким родственникам, законным представителям или иным лицам.</p> <p>Супруге (супругу), близким родственникам или законным представителям, а при их отсутствии иным родственникам, а также по требованию правоохранительных органов и (или) суда, государственным органом в сфере оказания медицинских услуг (помощи) выдавания патологоанатомического заключения о причине смерти и диагнозе заболевания</p>	значительное
425	<p>Соблюдение требования по выдаче оригиналов или копий протоколов патологоанатомического исследования по запросу органов дознания и предварительного следствия, прокурора, адвоката и (или) суда в связи с проведением расследования или судебного разбирательства, а также по запросу государственных органов в сфере оказания медицинских услуг (помощи)</p>	значительное
426	<p>Соблюдение требований по проведению цитологических исследований, включающими в себя:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) макроскопическую оценку и обработку доставленного биологического материала , полученного различными способами ( эксфолиация, пункция, отпечаток, смыв, биологические жидкости);</li> <li>2) приготовление и окрашивание микропрепаратов с последующей микроскопией;</li> <li>3) оценку результатов исследования и установление цитологического заключения;</li> <li>4) проведение корреляции цитологических и гистологических заключений</li> </ol>	значительное
427	<p>Наличие подтверждающей документации о соблюдении требования по осуществлению лаборантом приема, первичной сортировки и регистрации биологического материала, поступившего в цитологическую лабораторию, макроскопического изучения, описания биологического материала, обработки биологического материала (приготовление, фиксация, окраска, заключение, сортировка цитологических микропрепаратов)</p>	значительное

428	Наличие документации о соблюдении требования по производству микроскопического исследования на первом этапе лаборантом, затем врачом-цитологом	значительное
429	Соблюдение требования по привлечению врача (профильный специалист) при необходимости получения дополнительной клинической информации на этапе микроскопического изучения биологического материала, направивший материал на исследование. Окончательное микроскопическое изучение мазков и оформление протокола результатов исследования производится врачом-цитологом	значительное
430	Соблюдение требования по устанавливанию врачом по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" категории и причины расхождения заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов	грубое
Требования для субъектов (объектов), оказывающих помощь в области ядерной медицины		
431	Наличие подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе	грубое
432	Наличие подтверждающей документации о соответствии проведенных лечебных и диагностических мероприятий с рекомендациями клинических протоколов	значительное
433	Наличие документации, подтверждающей статус Центра ядерной медицины (далее – Центр) как структурное подразделение многопрофильной больницы или самостоятельная медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь населению Республики Казахстан по РНД и (или) РНТ. Структура Центра, в зависимости от возложенных на него функций, включает:	значительное
	отделение производства и контроля качества РФЛП;	
	отделение РНД;	
	отделение РНТ;	

	<p>отделение радиационной безопасности и медицинской физики;</p> <p>отделение инженерно-технического обеспечения.</p>	
434	<p>Наличие подтверждающей документации об основных задачах и направлениях деятельности организаций, оказывающих медицинскую помощь в области ядерной медицины и соблюдение основных задач:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оказание специализированной медицинской помощи профильными специалистами в амбулаторных, стационарозамещающих и стационарных условиях на вторичном и третичном уровнях оказания медицинской помощи;</li> <li>2) проведение радиоизотопных (радионуклидных) методов исследования;</li> <li>3) проведение РНТ с применением РФЛП ;</li> <li>4) производство и контроль качества производимых РФЛП на соответствие требованиям фармакопейных статей, технических регламентов и надлежащей производственной практики;</li> <li>5) обеспечение удовлетворенности пациентов уровнем и качеством оказания медицинской помощи;</li> <li>6) разработка, освоение и внедрение в практику современных инновационных методов РНД и РНТ;</li> <li>7) разработка, освоение и внедрение в производство новых РФЛП;</li> <li>8) обеспечение радиационной безопасности пациентов и производственного и медицинского персонала, осуществление контроля над производством РФЛП, рациональным применением методик РНД и РНТ;</li> <li>9) обучение в резидентуре по вопросам ядерной медицины;</li> <li>10) участие в разработке нормативных правовых актов, стандартов, инструкций, рекомендаций в области ядерной медицины;</li> <li>11) осуществление организационно-методической, консультативной помощи организациям здравоохранения по вопросам ядерной медицины;</li> <li>12) проведение консультаций при планировании центров ядерной медицины.</li> </ol>	<p>значительное</p>

435	Наличие подтверждающей документации об оказании медицинской помощи с применением методов ядерной медицины в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, добровольного медицинского страхования и на платной основе.	грубое
436	Наличие подтверждающей документации об оказании специализированной медицинской помощи в области ядерной медицины в амбулаторных, стационарозамещающих, стационарных условиях в плановой форме: в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения; в стационарозамещающих условиях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения и предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время с предоставлением койко-места; в стационарных условиях, предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение, лечение, уход, а также предоставление койко-места с питанием, в том числе при случаях терапии "одного дня", предусматривающих круглосуточное наблюдение в течение первых суток после начала лечения.	значительное
437	Наличие подтверждающей документации о направлении пациентов на проведение ПЭТ/КТ, ПЭТ/МРТ, ОФЭКТ, ОФЭКТ/КТ исследования в отделение РНД профильными специалистами	значительное
438	Наличие подтверждающей документации о проведении радиоизотопных (радионуклидных) исследований по клиническим протоколам, документированным процедурам, применяемого конкретного диагностического метода, при обязательном соблюдении мер радиационной безопасности пациента и персонала по показаниям	грубое
439	Наличие подписанного информированного согласия пациента на проведение радиоизотопного (радионуклидного) исследования перед прохождением данного исследования с	значительное

	указанием активности используемого РФЛП, после чего проходит осмотр врачом и медицинской сестрой	
440	Наличие подтверждающей документации о проведении врачом ядерной медицины интерпретация результатов исследования после завершения диагностической процедуры. В сложных случаях с обязательным проведением "двойной читки – double-read (дабл рид)", проведением двойного зависимого чтения (снимок читается дважды; при втором чтении результат первого чтения доступен), ПЭТ, ПЭТ/КТ, ПЭТ/МРТ, ОФЭКТ, ОФЭКТ/КТ исследований специалистами в области ядерной медицины и оформляется окончательное диагностическое заключение.	грубое
441	Наличие подтверждающей документации о направлении пациентов в отделение РНТ после предварительного обследования и решения вопроса на основании клинических данных о необходимости ее проведения с участием заведующего отделением или врача ядерной медицины в соответствии с перечнем заболеваний для проведения РНТ. На получение медицинской помощи в стационарных условиях при онкологических заболеваниях направление выдается мультидисциплинарной группой, создаваемой в организациях здравоохранения, оказывающих онкологическую помощь,; врачебной консультативной комиссией медицинской организации при неонкологических заболеваниях по клиническим показаниям назначается сцинтиграфия всего тела с диагностической активностью радиофармацевтического лекарственного препарата "Натрий йодид I-131" 185 МБк.	грубое
442	Наличие подтверждающей документации о проведении РНТ в стационарных условиях в "активных" палатах и (или) на койках. После приема РФЛП, пациент является источником бета-гамма излучения, в связи с чем, ежедневный обход врача происходит посредством аудио- и видеосвязи. Инженер по радиационной безопасности (дозиметрист ) ежедневно регистрирует мощность дозы	грубое

	от пациентов через измеритель-сигнализатор и стационарную систему измерения мощности дозы.	
443	<p>Наличие подтверждающей документации о доставлении трупа пациента с введенным РФЛП "активных" палат в специально выделенную морозильную камеру, находящуюся в блоке радионуклидного обеспечения подразделения РНТ (в хранилище радиоактивных отходов) при летальном исходе. В морозильной камере труп выдерживается до приемлемого уровня радиоактивного распада (на расстоянии 1 метр от поверхности тела – 20 мкЗв/ч) затем проводится транспортировка трупа. Для срочного проведения патологоанатомического исследования дозиметрист отделения РНТ рассчитывает продолжительность процедуры вскрытия трупа по нормативам облучения для персонала группы Б.</p>	грубое
	<p>Наличие документации (внутренние приказы, положения, протоколы, анкеты, аналитические справки) о проведении клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям:</p> <p>1) качество сбора анамнеза, которое оценивается по следующим критериям: отсутствие сбора анамнеза; полнота сбора анамнеза; наличие данных о перенесенных, хронических и наследственных заболеваниях, проведенных гемотрансфузиях, переносимости лекарственных препаратов, аллергологический статус; развитие осложнений вследствие допущенных тактических ошибок при проведении лечебно-диагностических мероприятий из-за некачественного сбора анамнеза;</p> <p>2) полнота и обоснованность проведения диагностических исследований, которые оцениваются по следующим критериям: отсутствие диагностических мероприятий ; неправильное заключение или отсутствие заключения по результатам проведенных</p>	

диагностических исследований, приведшие к неправильной постановке диагноза и ошибкам в тактике лечения;

проведение диагностических исследований, предусмотренных клиническими протоколами;

проведение диагностических исследований с высоким, неоправданным риском для состояния здоровья пациента, обоснованность проведения диагностических исследований, не вошедших в клинические протокола;

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:

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

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

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

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 (помощи);

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

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

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

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

мнение консультанта ошибочное и повлияло на исход заболевания.

Наличие подтверждающей документации о проведении оценки объективности причин несвоевременной консультации и влияния несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);

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

отсутствие лечения при наличии показаний;

назначение лечения при отсутствии показаний;

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

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

необоснованное 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,

значительное

	<p>оцениваются все возникшие осложнения, в том числе обусловленные оперативными вмешательствами (запоздалое оперативное вмешательство, неадекватный объем и метод, технические дефекты) и диагностическими процедурами;</p> <p>7) достигнутый результат, который оценивается по следующим критериям:</p> <p>достижение ожидаемого клинического эффекта при соблюдении технологии оказания медицинских услуг (помощи);</p> <p>отсутствие клинического эффекта лечебных и профилактических мероприятий вследствие некачественного сбора анамнеза и проведения диагностических исследований;</p> <p>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;</p> <p>наличие полипрагмазии, обусловившее развитие нежелательных последствий;</p> <p>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</p>	
445	Наличие подтверждающей документации о ведении учетно-отчетной документации	незначительное

**Примечание:**

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ИПП – инфекции, передающиеся половым путем

КДП – консультативно-диагностическая помощь

МДГ – мультидисциплинарная группа

ПАВ – психоактивные вещества

ПМСП - первичная медико-санитарная помощь

ПОСТИН – психиатрическая организация специализированного типа с интенсивным наблюдением

ППР – психические, поведенческие расстройства

ПТП - противотуберкулезные препараты

ПЦПЗ - первичный центр психического здоровья  
 РГОЗ - республиканская государственная организация здравоохранения, осуществляющая деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции  
 РНПЦПЗ – республиканский научно-практический центр психического здоровья  
 СМП – скорая медицинская помощь  
 ССМП – служба скорой медицинской помощи  
 ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания  
 ЦПЗ – центр психического здоровья  
 ЭИС – электронная информационная система  
 РНД – радиоизотопная (радионуклидная) диагностика  
 РНТ – радионуклидная терапия  
 РФЛП – радиофармацевтический лекарственный препарат  
 ПЭТ/КТ – позитронно-эмиссионный томограф, совмещенный с компьютерным томографом  
 ОФЭКТ – однофотонный эмиссионный компьютерный томограф

Приложение 3  
 к Критериям оценки степени  
 риска в сфере оказания  
 медицинских услуг (помощи)

**Перечень субъективных критериев для определения степени риска по субъективным критериям в сфере оказания медицинских услуг (помощи)**

**в соответствии со статьей 138**

**Предпринимательского кодекса Республики Казахстан в отношении субъектов (объектов), оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (первичную медико-санитарную помощь и консультативно-диагностическую помощь)**

**наименование однородной группы субъектов (объектов)**

**контроля**

№ п/п	Показатель субъективного критерия	Источник информации по показателю субъективного критерия	Удельный вес по значимости, балл (в сумме не должен превышать 100 баллов), $w_i$	Условия /значения, $x_i$		
				условие 1/ значение	условие 2/ значение	условие 3/ значение
1	2	3	4	5		
Для профилактического контроля с посещением						
		результаты профилактиче		нет	есть	

1	Неисполнение рекомендаций, выданных по итогам профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля	ского контроля без посещения субъекта (объекта) контроля (итоговые документы, выданные по итогам профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля).	100,0	0%	100%	
2	Годовой показатель беременности женщин фертильного возраста с экстрагенитальной патологией, которым абсолютно противопоказана беременность -	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляемых субъектом контроля	10,0	0-1,9%	от 2% до 4,0% случаев	более 4% случаев
				0%	50%	100%
3	Количество случаев смертности от инсульта (код МКБ-10 - I63) на дому в течение 1 месяца после выписки	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляемых субъектом контроля	25,0	0 до 4 случаев	От 5 до 9 случаев	более 10 случаев
				0%	50%	100%
	Доля госпитализации больных с осложнениями и заболеваний сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия,	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляемых субъектом контроля		0-9,9%	10% -19,9% случаев	более 20% случаев
				0%		100%

4	инфаркт миокарда, инсульт)	м ы х субъектом контроля	10,0		50%	
5	Годовой показатель доли пациентов с ОНМК, взятых на диспансерный учет после выписки из стационара в течение 3 рабочих дней по месту прикрепления -	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляем ы х субъектом контроля	10,0	0 % случаев	0-9,9% случаев	От 10% случаев
				0%	50%	100%
6	Доля умерших от БСК, от общего количества умерших, с диагнозом МКБ-10 (I00-I99)	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляем ы х субъектом контроля	25,0	0-10 %	10,01 – 19,9% случаев	более 20% случаев
				0%	50%	100%
7	Годовой показатель впервые выявленных больных со злокачественн ы м и новообразованиями 3-4 стадии -	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляем ы х субъектом контроля	10,0	0-9,9%	Более 10%	
				0	100 %	
8	Количество случаев детской смертности от 0-5 лет	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляем ы х субъектом контроля	100,0	нет	есть	
				0	1 и более	

9	Количество случаев материнской смертности	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляемых субъектом контроля	100,0	нет	есть	
				0	1 и более	
Для проверок на соответствие требованиям						
1	Наличие сертификата специалиста для допуска к клинической практике	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляемых субъектом контроля (e-license)	50	Есть сертификат	Нет сертификата	
				0%	100%	
2	Факт перерегистрации лицензиата, изменения его наименования или юридического адреса и (или) реорганизации юридического лица-лицензиата	результаты анализа сведений, предоставляемых государственными органами и организациям и	50	есть	нет	
				0%	100%	

Приложение 4  
к Критериям оценки степени  
риска в сфере оказания  
медицинских услуг (помощи)

### Перечень субъективных критериев для определения степени риска по субъективным критериям

в сфере оказания медицинских услуг (помощи)

в соответствии со статьей 138

Предпринимательского кодекса Республики Казахстан в отношении субъектов (объектов), оказывающих стационарную, стационарозамещающую помощь

наименование однородной группы субъектов (объектов)

контроля

№ п/п	Показатель субъективного критерия	Источник информации по показателю субъективного критерия	Удельный вес по значимости, балл (в сумме не должен превышать 100 баллов), $w_i$	Условия /значения, $x_i$		
				условие 1/ значение	условие 2/ значение	условие 3/ значение
1	2	3	4	5		
Для профилактического контроля с посещением						
1	Неисполнение рекомендаций, выданных по итогам профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля	результаты профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля (итоговые документы, выданные по итогам профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля).	100,0	нет 0%	есть 100%	
2	Показатель послеоперационной летальности в случаях плановой госпитализации -	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляемых субъектом контроля	25,0	0-4,9%	5-10,0% случаев	более 10% случаев
				0%	50%	100%
3	Годовой показатель повторного незапланированного поступления (в течение месяца по поводу одного и того же заболевания) -	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляемых субъектом контроля	10,0	0-5% случаев	5,01-10% случаев	Более 10% случаев
				0%	50%	100%
	Годовой показатель	результаты мониторинга отчетности и		0 случаев	более 1 случаев	

4	летальности при плановой госпитализации	сведений, предоставляемых субъектом контроля	25,0	0%	100%	
5	Количество случаев детской смертности от 0-5 лет	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляемых субъектом контроля	100,0	нет	есть	
				0	1 и более	
6	Количество случаев материнской смертности	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляемых субъектом контроля	100,0	нет	есть	
				0	1 и более	
Для проверок на соответствие требованиям						
1	Наличие сертификата специалиста для допуска к клинической практике	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляемых субъектом контроля (e-license)	50	Есть сертификат	Нет сертификата	
				0%	100%	
2	Факт перерегистрации лицензиата, изменения его наименования или юридического адреса и (или) реорганизации юридического лица-лицензиата	результаты анализа сведений, предоставляемых государственными органами и организациям и	50	есть	нет	
				0%	100%	

Приложение 5  
к Критериям оценки степени  
риска в сфере оказания  
медицинских услуг (помощи)

## Перечень субъективных критериев для определения степени риска по субъективным критериям



в сфере качества оказания медицинских услуг (помощи)

в соответствии со статьей 138

Предпринимательского кодекса Республики Казахстан в отношении

субъектов (объектов), родовспоможения и (или) стационарных организаций, имеющих в своем составе родильные отделения и отделения патологии новорожденных

наименование однородной группы субъектов (объектов)

контроля

№ п/п	Показатель субъективного критерия	Источник информации по показателю субъективного критерия	Удельный вес по значимости, балл (в сумме не должен превышать 100 баллов), $w_i$	Условия /значения, $x_i$		
				условие 1/ значение	условие 2/ значение	условие 3/ значение
1	2	3	4	5		
Для профилактического контроля с посещением						
1	Неисполнение рекомендаций, выданных по итогам профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля	результаты профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля (итоговые документы, выданные по итогам профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля).	100,0	нет 0%	есть 100%	
2	Количество случаев детской смертности от 0,5 лет	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляе	100,0	нет	есть 1 и более	

2	0-5 лет	м ы х субъектом контроля	100,0	0		
3	Количество случаев материнской смертности	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляем ы х субъектом контроля	100,0	нет	есть	
				0	1 и более	
4	Годовой показатель летальности при плановой госпитализации	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляем ы х субъектом контроля	25,0	0 случаев	более 1 случаев	
				0%	100%	
5	Соотношение экстренных и плановых Кесаревых сечений	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляем ы х субъектом контроля	10,0	0-10 % случаев	10,1-24,9% случаев	более 25% случаев
				0%	50%	100%
6	Удельный вес случаев родового травматизма	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляем ы х субъектом контроля	10,0	0-10 % случаев	10,1-19,9% случаев	Более 20 % случаев
				0%	50%	100%
7	Показатель послеоперационной летальности в случаях плановой госпитализации -	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляем ы х субъектом контроля	25,0	0-4,9%	5-9,9% случаев	более 10% случаев
				0%	50%	100%
	Количество случаев интранатальной гибели плода в медицинской организации п р и			0	1 случай	

8	отсутствии ВПР (за исключением карт имеющих диагноз заключительный основной, сопутствующий, уточняющий с кодом МКБ-10 Q00-Q99.9)	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляемых субъектом контроля	25,0	0%	100%	
9	Показатель повторного незапланированного поступления (в течение месяца по поводу одного и того же заболевания) (воспалительные болезни женских тазовых органов (N70-N77))	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляемых субъектом контроля	10,0	0-4,99 % случаев	5-9,9 % случаев	более 10% случаев
				0	50 %	100 %
Для проверок на соответствие требованиям						
1	Наличие сертификата специалиста для допуска к клинической практике	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляемых субъектом контроля (e-license)	50	Есть сертификат	Нет сертификата	
				0%	100%	
	Факт перерегистрации лицензиата, изменения его наименования или юридического адреса и (или) реорганизации	результаты анализа сведений, предоставляемых государственными		есть	нет	
					100%	

2	юридического лица-лицензиата	органами и организациям и	50	0%		
---	------------------------------	---------------------------	----	----	--	--

Приложение 6  
к Критериям оценки степени  
риска в сфере оказания  
медицинских услуг (помощи)

### Перечень субъективных критериев для определения степени риска по субъективным критериям

в сфере оказания медицинских услуг (помощи)

в соответствии со статьей 138

Предпринимательского кодекса Республики Казахстан в отношении

субъектов (объектов), оказывающих кардиологическую, кардиохирургическую помощь

наименование однородной группы субъектов (объектов)

контроля

№ п/п	Показатель субъективного критерия	Источник информации по показателю субъективного критерия	Удельный вес по значимости, балл (в сумме не должен превышать 100 баллов), $w_i$	Условия / значения, $x_i$		
				условие 1/ значение	условие 2/ значение	условие 3/ значение
1	2	3	4	5		
Для профилактического контроля с посещением						
	Неисполнение рекомендаций, выданных по итогам профилактического контроля без	результаты профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля (итоговые документы,		нет	есть	

1	посещения субъекта (объекта) контроля	выданные по итогам профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля).	100,0	0%	100%	
2	Количество случаев смертности от инсульта (код МКБ-10 - I63) на дому в течение 1 месяца после выписки	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляемых субъектом контроля	25,0	0 до 4 случаев	От 5 до 9 случаев	более 10 случаев
				0%	50%	100%
3	Доля госпитализации больных с осложнениями и заболеваниями сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, инфаркт миокарда, инсульт)	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляемых субъектом контроля	10,0	0	1- 19,9% случаев	более 20% случаев
				0%	50%	100%
4	Доля умерших от БСК, от общего количества умерших, с диагнозом МКБ-10 (I00-I99)	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляемых субъектом контроля	25,0	0-10 %	10,1 – 20% случаев	более 20% случаев
				0%	50%	100%
5	Показатель послеоперационной летальности в случаях плановой госпитализации -	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляемых субъектом контроля	25,0	0-4,9%	5 - 10 % случаев	более 10% случаев
				0%	50%	100%
	Годовой показатель повторного незапланированного	результаты мониторинга отчетности и		0-5% случаев	5,1-10% случаев	Более 10% случаев

6	поступления ( в течение месяца по поводу одного и того ж е заболевания) -	сведений, предоставляе м ы х субъектом контроля	10,0	0%	50%	100%
7	Годовой показатель летальности при плановой госпитализац ии	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляе м ы х субъектом контроля	25,0	0 случаев	более 1 случаев	
				0%	100%	
8	Количество случаев детской смертности от 0-5 лет	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляе м ы х субъектом контроля	100,0	нет	есть	
				0	1 и более	
9	Количество случаев материнской смертности	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляе м ы х субъектом контроля	100,0	нет	есть	
				0	1 и более	
Для проверок на соответствие требованиям						
1	Наличие сертификата специалиста для допуска к клинической практике	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляе м ы х субъектом контроля (e-license)	50	Есть сертификат	Н е т сертификата	
				0%	100%	
	Ф а к т перерегистра ц и и лицензиата, изменения его наименования и л и юридического адреса и (или) реорганизаци и	результаты анализа сведений, предоставляе м ы х государстве н ы м и		есть	нет	
					100%	

2	юридического лица-лицензиата	органами и организациям и	50	0%		
---	------------------------------	---------------------------	----	----	--	--

Приложение 7  
к Критериям оценки степени  
риска в сфере оказания  
медицинских услуг (помощи)

## Перечень субъективных критериев для определения степени риска по субъективным критериям

в сфере оказания медицинских услуг (помощи)

в соответствии со статьей 138

Предпринимательского кодекса Республики Казахстан в отношении

субъектов (объектов), оказывающих гемодиализную помощь

наименование однородной группы субъектов (объектов)

контроля

№ п/п	Показатель субъективного критерия	Источник информации по показателю субъективного критерия	Удельный вес по значимости, балл (в сумме не должен превышать 100 баллов), $w_i$	Условия /значения, $x_i$		
				условие 1/ значение	условие 2/ значение	условие 3/ значение
1	2	3	4	5		
Для профилактического контроля с посещением						
1	Неисполнение рекомендаций, выданных по итогам профилактического контроля без	результаты профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля (итоговые документы,	100,0	нет	есть	

	посещения субъекта (объекта) контроля	выданные по итогам профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля).		0%	100%	
3	Годовой показатель летальности при плановой госпитализации	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляемых субъектом контроля	25,0	0 случаев	Более 1 случаев	
				0%	100,0	
Для проверок на соответствие требованиям						
1	Наличие сертификата специалиста для допуска к клинической практике	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляемых субъектом контроля (e-license)	50	Есть сертификат	Нет сертификата	
				0%	100%	
2	Факт перерегистрации лицензиата, изменения его наименования и юридического адреса и (или) реорганизации юридического лица-лицензиата	результаты анализа сведений, предоставляемых государственными органами и организациям и	50	есть	нет	
				0%	100%	

Приложение 8  
к Критериям оценки степени  
риска в сфере оказания  
медицинских услуг (помощи)

### **Перечень субъективных критериев для определения степени риска по субъективным критериям**

в сфере качества оказания медицинских услуг (помощи)

---



в соответствии со статьей 138

Предпринимательского кодекса Республики Казахстан в отношении  
 \_\_\_\_\_ субъектов (объектов),  
 оказывающих стоматологическую помощь

наименование однородной группы субъектов (объектов)

контроля

№ п/п	Показатель субъективного критерия	Источник информации по показателю субъективного критерия	Удельный вес по значимости, балл (в сумме не должен превышать 100 баллов), $w_i$	Условия /значения, $x_i$		
				условие 1/ значение	условие 2/ значение	условие 3/ значение
1	2	3	4	5		
Для профилактического контроля с посещением						
1	Неисполнение рекомендаций, выданных по итогам профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля	результаты профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля (итоговые документы, выданные по итогам профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля).	100,0	нет 0%	есть 100%	
3	Количество случаев детской смертности от 0-5 лет	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляемых субъектом контроля	100,0	нет 0	есть 1 и более	
Для проверок на соответствие требованиям						
		результаты мониторинга отчетности и		Есть сертификат	Нет сертификата	

1	Наличие сертификата специалиста для допуска к клинической практике	сведений, предоставляемых субъектом контроля (e-license)	50	0%	100%	
2	Факт перерегистрации лицензиата, изменения его наименования или юридического адреса и (или) реорганизации юридического лица-лицензиата	результаты анализа сведений, предоставляемых государственными органами и организациям и	50	есть	нет	
				0%	100%	

Приложение 9  
к Критериям оценки степени  
риска в сфере оказания  
медицинских услуг (помощи)

## Перечень субъективных критериев для определения степени риска по субъективным критериям

в сфере оказания медицинских услуг (помощи)

в соответствии со статьей 138

Предпринимательского кодекса Республики Казахстан в отношении \_\_\_\_\_ субъектов (объектов), оказывающих фтизиатрическую помощь \_наименование однородной группы субъектов (объектов) \_\_\_\_\_ контроля

№ п/п	Показатель субъективного критерия	Источник информации по показателю субъективного критерия	Удельный вес по значимости, балл (в сумме не должен превышать 100 баллов), $w_i$	Условия /значения, $x_i$		
				условие 1/ значение	условие 2/ значение	условие 3/ значение
1	2	3	4	5		
Для профилактического контроля с посещением						
				нет	есть	

1	Неисполнение рекомендаций, выданных по итогам профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля	результаты профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля (итоговые документы, выданные по итогам профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля).	100,0	0%	100%	
3	Годовой показатель летальности при плановой госпитализации	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляемых субъектом контроля	25,0	0 случаев	Более 1 случаев	
				0%	100,0	
4	Показатель послеоперационной летальности в случаях плановой госпитализации -	результаты мониторинга сведений, получаемых и з автоматизированных информационных	25,0	0-4,9%	5-9,9% случаев	более 10% случаев
				0%	50%	100%
Для проверок на соответствие требованиям						
1	Наличие сертификата специалиста для допуска к клинической практике	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляемых субъектом контроля (e-license)	50	Есть сертификат	Нет сертификата	
				0%	100%	
	Факт перерегистрации лицензиата, изменения его наименования или	результаты анализа сведений, предоставляемых		есть	нет	

2	юридического адреса и (или) реорганизации и юридического лица-лицензиата	государственными органами и организациям и	50	0%	100%	
---	--	--	----	----	------	--

Приложение 10  
к Критериям оценки степени  
риска в сфере оказания  
медицинских услуг (помощи)

## Перечень субъективных критериев для определения степени риска по субъективным критериям

в сфере оказания медицинских услуг (помощи)

в соответствии со статьей 138

Предпринимательского кодекса Республики Казахстан в отношении \_\_\_\_\_ субъектов (объектов), оказывающих онкологическую помощь \_наименование однородной группы субъектов (объектов)

\_\_\_\_\_ контроля

№ п/п	Показатель субъективного критерия	Источник информации по показателю субъективного критерия	Удельный вес по значимости, балл (в сумме не должен превышать 100 баллов), $w_i$	Условия /значения, $x_i$		
				условие 1/ значение	условие 2/ значение	условие 3/ значение
1	2	3	4	5		
Для профилактического контроля с посещением						
	Неисполнение рекомендаций, выданных по итогам профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля	результаты профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля (документы, выданные по итогам профилактического контроля без		нет	есть	
					100%	

1		посещения субъекта (объекта) контроля).	100,0	0%		
3	Годовой показатель летальности при плановой госпитализации	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляемых субъектом контроля	25,0	0 случаев	Более 1 случаев	
				0%	100,0	
4	Показатель послеоперационной летальности в случаях плановой госпитализации -	результаты мониторинга сведений, получаемых и з автоматизированных информационных	25,0	0-4,9%	5-9,9% случаев	более 10% случаев
				0%	50%	100%
5	Годовой показатель повторного незапланированного поступления (в течение месяца по поводу одного и того же заболевания) -	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляемых субъектом контроля	10,0	0-5% случаев	5,1-10% случаев	Более 10% случаев
				0%	50%	100%
Для проверок на соответствие требованиям						
1	Наличие сертификата специалиста для допуска к клинической практике	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляемых субъектом контроля (e-license)	50	Есть сертификат	Нет сертификата	
				0%	100%	

2	Факт перерегистрации и лицензиата, изменения его наименования и юридического адреса и (или) реорганизации и юридического лица-лицензиата	результаты анализа сведений, предоставляемых государственными органами и организациями	50	есть	нет	
				0%	100%	

Приложение 11  
к Критериям оценки степени  
риска в сфере оказания  
медицинских услуг (помощи)

## Перечень субъективных критериев для определения степени риска по субъективным критериям

в сфере оказания медицинских услуг (помощи)

в соответствии со статьей 138

Предпринимательского кодекса Республики Казахстан в отношении \_\_\_\_\_ субъектов (объектов), оказывающих медико-социальную помощь в области психического здоровья

наименование однородной группы субъектов (объектов)

\_\_\_\_\_ контроля

№ п/п	Показатель субъективного критерия	Источник информации по показателю субъективного критерия	Удельный вес по значимости, балл (в сумме не должен превышать 100 баллов), $w_i$	Условия /значения, $x_i$		
				условие 1/ значение	условие 2/ значение	условие 3/ значение
1	2	3	4	5		
Для профилактического контроля с посещением						
	Неисполнение рекомендаций	результаты профилактического контроля без посещения субъекта (		нет	есть	

1	, выданных по итогам профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля*	объекта) контроля (итоговые документы, выданные по итогам профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля).	100,0	0%	100%	
2	Годовой показатель летальности при плановой госпитализации больных с психическими и поведенческими расстройствами, в том числе вследствие употребления ПАВ F00-F99 (Удельный вес (%) умерших в стационаре от общего числа пациентов, выбывших (выписанных, умерших))	результаты мониторинга сведений, получаемых и з автоматизированных информационных	25,0	0-10 % случаев	10,1-25% случаев	более 25% случаев
	Наличие случаев несоответствия сроков пребывания больных (3 койко/дня и менее) (Удельный вес (%) выбывших в стационаре со сроком пребывания 3 койко-дня и менее от	результаты мониторинга сведений, получаемых и з		0-10 % случаев	10,1-20% случаев	Более 20 % случаев

3	общего числа пациентов, выбывших (выписанных) с психическими и поведенческими расстройствами F00-F99, в том числе вследствие употребления ПАВ	автоматизированных информационных	10,0	0%	50%	100%
Для проверок на соответствие требованиям						
1	Наличие сертификата специалиста для допуска к клинической практике	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляемых субъектом контроля (e-license)	50	Есть сертификат 0%	Нет сертификата 100%	
2	Факт перерегистрации и лицензиата, изменения его наименования или юридического адреса и (или) реорганизации и юридического лица-лицензиата	результаты анализа сведений, предоставляемых государственными органами и организациям и	50	есть 0%	нет 100%	

Приложение 12  
к Критериям оценки степени  
риска в сфере оказания  
медицинских услуг (помощи)

### **Перечень субъективных критериев для определения степени риска по субъективным критериям**

в сфере оказания медицинских услуг (помощи)

---

в соответствии со статьей 138

---



Предпринимательского кодекса Республики Казахстан в отношении  
 \_\_\_\_\_ субъектов (объектов),  
 предоставляющих лабораторные услуги

наименование однородной группы субъектов (объектов)

контроля

№ п/п	Показатель субъективного критерия	Источник информации по показателю субъективного критерия	Удельный вес по значимости, балл (в сумме не должен превышать 100 баллов), $w_i$	Условия /значения, $x_i$		
				условие 1/ значение	условие 2/ значение	условие 3/ значение
1	2	3	4	5		
Для профилактического контроля с посещением						
1	Неисполнение рекомендаций, выданных по итогам профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля	результаты профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля (итоговые документы, выданные по итогам профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля).	100,0	нет 0%	есть 100%	
Для проверок на соответствие требованиям						
1	Наличие сертификата специалиста для допуска к клинической практике	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляемых субъектом контроля (e-license)	50	Есть сертификат 0%	Н е т сертификата 100%	
	Ф а к т перерегистрации лицензиата,	результаты анализа		есть	нет	

2	изменения его наименования и л и юридического адреса и (или) реорганизаци и юридического лица-лицензи ата	сведений, предоставляе м ы х государстве н ы м и органами и организациям и	50	0%	100%	
---	---	--	----	----	------	--

Приложение 13  
к Критериям оценки степени  
риска в сфере оказания  
медицинских услуг (помощи)

## Перечень субъективных критериев для определения степени риска по субъективным критериям

в сфере оказания медицинских услуг (помощи)

в соответствии со статьей 138

Предпринимательского кодекса Республики Казахстан в отношении \_\_\_\_\_ субъектов (объектов), оказывающих скорую медицинскую помощь, медицинскую помощь в форме санитарной авиации \_\_\_\_\_ наименование однородной группы субъектов (объектов)

\_\_\_\_\_ контроля

№ п/п	Показатель субъективног о критерия	Источник информации п о показателю субъективног о критерия	Удельный вес п о значимости, балл (в сумме не должен превышать 100 баллов), $w_i$	Условия /значения, $x_i$		
				условие 1/ значение	условие 2/ значение	условие 3/ значение
1	2	3	4	5		
Для профилактического контроля с посещением						
	Количество случаев отклонений от времени доезда в соответствующ е й категории ( д л я организаций,	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляе м ы х субъектом контроля		0-4 случаев	5-9 случаев	более 10 случаев
				0%		100%

1	оказывающих скорую медицинскую помощь) за прошедший год		50,0		50%	
2	Количество случаев повторных выездов по одному и тому же случаю в течение суток за прошедший год	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляемых субъектом контроля	50,0	0-4 случаев	5-9 случаев	более 10 случаев
				0%	50%	100%
3	Неисполнение рекомендаций, выданных по итогам профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля	результаты профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля (итоговые документы, выданные по итогам профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля).	100,0	нет	есть	
				0%	100%	
Для проверок на соответствие требованиям						
	Наличие сертификата специалиста для допуска к клинической	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляемых субъектом контроля		Есть сертификат	Нет сертификата	
					100%	

1	практике	(e-license)	50	0%		
2	Факт перерегистрации и лицензиата, изменения его наименования или юридического адреса и (или) реорганизации и юридического лица-лицензиата	результаты анализа сведений, предоставляемых государственным и органами и организациям и	50	есть	нет	
				0%	100%	

Приложение 14  
к Критериям оценки степени  
риска в сфере оказания  
медицинских услуг (помощи)

### Перечень субъективных критериев для определения степени риска по субъективным критериям

в сфере оказания медицинских услуг (помощи)

в соответствии со статьей 138

Предпринимательского кодекса Республики Казахстан в отношении \_\_\_\_\_ субъектов (объектов), осуществляющих деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции

наименование однородной группы субъектов (объектов)

\_\_\_\_\_ контроля

№ п/п	Показатель субъективного критерия	Источник информации по показателю субъективного критерия	Удельный вес по значимости, балл (в сумме не должен превышать 100 баллов), $w_i$	Условия /значения, $x_i$		
				условие 1/ значение	условие 2/ значение	условие 3/ значение
1	2	3	4	5		
Для профилактического контроля с посещением						
		результаты профилактического контроля без посещения		нет	есть	

1	Неисполнение рекомендаций, выданных по итогам профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля	субъекта (объекта) контроля (итоговые документы, выданные по итогам профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля).	100,0	0%	100%	
Для проверок на соответствие требованиям						
1	Наличие сертификата специалиста для допуска к клинической практике	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляемых субъектом контроля (e-license)	50	Есть сертификат 0%	Нет сертификата 100%	
2	Факт перерегистрации лицензиата, изменения его наименования или юридического адреса и (или) реорганизации юридического лица-лицензиата	результаты анализа сведений, предоставляемых государственными органами и организациями	50	есть 0%	нет 100%	

Приложение 15  
к Критериям оценки степени  
риска в сфере оказания  
медицинских услуг (помощи)

## Перечень субъективных критериев для определения степени риска по субъективным критериям

в сфере оказания медицинских услуг (помощи)

в соответствии со статьей 138

Предпринимательского кодекса Республики Казахстан в отношении

субъектов (объектов), осуществляющих деятельность в сфере службы крови

наименование однородной группы субъектов (объектов)

контроля

№ п/п	Показатель субъективного критерия	Источник информации по показателю субъективного критерия	Удельный вес по значимости, балл (в сумме не должен превышать 100 баллов), $w_i$	Условия /значения, $x_i$		
				условие 1/ значение	условие 2/ значение	условие 3/ значение
1	2	3	4	5		
Для профилактического контроля с посещением						
1	Неисполнение рекомендаций, выданных по итогам профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля	результаты профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля (итоговые документы, выданные по итогам профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля).	100,0	нет 0%	есть 100%	
Для проверок на соответствие требованиям						
1	Наличие сертификата специалиста для допуска к клинической практике	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляемых субъектом контроля (e-license)	50	Есть сертификат 0%	Нет сертификата 100%	
	Факт перерегистрации лицензиата, изменения его наименования	результаты анализа сведений, предоставляемых		есть	нет	

2	и л и юридического адреса и (или) реорганизаци и юридического лица-лицензи ата	м ы х государствен н ы м и органами и организациям и	50	0%	100%	
---	---	---	----	----	------	--

Приложение 16  
к Критериям оценки степени  
риска в сфере оказания  
медицинских услуг (помощи)

## Перечень субъективных критериев для определения степени риска по субъективным критериям

в сфере оказания медицинских услуг (помощи)

в соответствии со статьей 138

Предпринимательского кодекса Республики Казахстан в отношении

субъектов (объектов), оказывающих патологоанатомическую диагностику

наименование однородной группы субъектов (объектов)

контроля

№ п/п	Показатель субъективного критерия	Источник информации по показателю субъективного критерия	Удельный вес по значимости, балл (в сумме не должен превышать 100 баллов), $w_i$	Условия /значения, $x_i$		
				условие 1/ значение	условие 2/ значение	условие 3/ значение
1	2	3	4	5		
Для профилактического контроля с посещением						
	Неисполнение рекомендаций, выданных по итогам профилактического контроля без посещения	результаты профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля (итоговые документы, выданные по итогам		нет	есть	
					100%	

1	субъекта (объекта) контроля	(профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля).	100,0	0%		
Для проверок на соответствие требованиям						
1	Наличие сертификата специалиста для допуска к клинической практике	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляемых субъектом контроля (e-license)	50	Есть сертификат 0%	Нет сертификата 100%	
2	Факт перерегистрации и лицензиата, изменения его наименования и юридического адреса и (или) реорганизации и юридического лица-лицензиата	результаты анализа сведений, предоставляемых государственными органами и организациям и	50	есть 0%	нет 100%	

Приложение 17  
к Критериям оценки степени  
риска в сфере оказания  
медицинских услуг (помощи)

## Перечень субъективных критериев для определения степени риска по субъективным критериям

в сфере оказания медицинских услуг (помощи)



Предпринимательского кодекса Республики Казахстан в отношении

субъектов (объектов), оказывающих помощь в области ядерной медицины

наименование однородной группы субъектов (объектов)

контроля

№ п/п	Показатель субъективного критерия	Источник информации по показателю субъективного критерия	Удельный вес по значимости, балл (в сумме не должен превышать 100 баллов), $w_i$	Условия /значения, $x_i$		
				условие 1/ значение	условие 2/ значение	условие 3/ значение
1	2	3	4	5		
Для профилактического контроля с посещением						
1	Неисполнение рекомендаций, выданных по итогам профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля	результаты профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля (итоговые документы, выданные по итогам профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля).	100,0	нет 0%	есть 100%	
Для проверок на соответствие требованиям						
1	Наличие сертификата специалиста для допуска к клинической практике	результаты мониторинга отчетности и сведений, предоставляемых субъектом контроля (e-license)	50	Есть сертификат 0%	Нет сертификата 100%	
	Факт перерегистрации			есть	нет	

2	лицензиата, изменения его наименования и л и юридического адреса и (или) реорганизаци и юридического лица-лицензи ата	результаты анализа сведений, предоставляе м ы х государствен н ы м и органами и организациям и	50	0%	100%	
---	---	--	----	----	------	--

Приложение 2  
к совместному приказу  
Министр национальной экономики  
Республики Казахстан  
от 29 мая 2023 года № 91  
и Министр здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 29 мая 2023 года № 90  
Приложение 2  
к совместному приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 15 ноября 2018 года  
№ ҚР ДСМ-32  
и Министра национальной экономики  
Республики Казахстан  
от 15 ноября 2018 года № 70

## Проверочный лист

в сфере качества оказания медицинских услуг

---

в соответствии со статьей 138

---

Предпринимательского кодекса Республики Казахстан в отношении \_\_\_\_\_ субъектов (объектов), оказывающих стационарную, стационарозамещающую помощь  
наименование однородной группы субъектов (объектов) контроля

---

Государственный орган, назначивший проверку/профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) контроля

---

Акт о назначении проверки/профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) контроля

---

№, дата

Наименование субъекта (объекта) контроля \_\_\_\_\_

(Индивидуальный идентификационный номер), бизнес-идентификационный номер субъекта (объекта) контроля \_\_\_\_\_

Адрес места нахождения \_\_\_\_\_

№	Перечень требований	Соответствует требованиям	Не соответствует требованиям
1	2	3	4
1	Н а л и ч и е подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе		
2	Наличие заключения о соответствии субъекта здравоохранения к предоставлению высокотехнологичной медицинской помощи		
3	Наличие письменного добровольного согласия пациента либо его законного представителя при инвазивных вмешательствах и на проведение лечебно-диагностических мероприятий		
	Н а л и ч и е подтверждающей документации (форма № 085/у "карта вызова бригады скорой медицинской помощи", журнал приема и отказов в госпитализации, форма №001/у "медицинская		

карта стационарного пациента"), что пребывания бригады ССМП или отделения СМП при организации ПМСП в приемном отделении стационара не превышает 10 минут ( время для передачи пациента врачу приемного отделения) с момента ее прибытия в стационар, за исключением случаев необходимости оказания скорой медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях.

После передачи бригадами СМП или отделения СМП при организации ПМСП пациента в приемное отделение стационара медицинская сестра проводит распределение поступающих пациентов (медицинскую сортировку по триаж-системе) на группы, исходя из первоочередности оказания экстренной медицинской помощи.

Медицинская сортировка по триаж-системе (далее-медицинская сортировка) проводится непрерывно и преемственно. По завершению оценки, пациенты помечаются цветом одной из категорий сортировки, в виде специальной цветной бирки либо цветной ленты.

По медицинской сортировке, выделяют 3 группы пациентов:

первая группа (красная зона) – пациенты, состояние которых представляет непосредственную угрозу

	<p>жизни или имеющие высокий риск ухудшения и требующие экстренной медицинской помощи;</p> <p>вторая группа (желтая зона) – пациенты, состояние которых представляет потенциальную угрозу для здоровья или может прогрессировать с развитием ситуации, требующей экстренной медицинской помощи;</p> <p>третья группа (зеленая зона) – пациенты, состояние которых не представляет непосредственной угрозы для жизни и здоровья и не требует госпитализации</p> <p>Наличие записи в медицинской документации по определению пациента по группам медицинской сортировки по триаж-системе.</p>		
5	<p>Н а л и ч и е подтверждающей медицинской документации (форма № 001/у "Медицинская карта стационарного пациента") о госпитализации тяжелого пациента, нуждающегося в постоянном мониторинге жизненно важных функций по медицинским показаниям , по решению консилиума и уведомлению руководителей организаций здравоохранения с последующим переводом в другую медицинскую организацию по профилю заболевания для дальнейшего обследования и лечения</p>		

	после стабилизации состояния		
6	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о медицинском заключении врача приемного отделения с письменным обоснованием отказа при отсутствии показаний для госпитализации в организацию здравоохранения ( Журнал приема и отказов в госпитализации из медицинских информационных систем, справка по форме №027/у (отказы в госпитализации)).</p> <p>Медицинской сестрой приемного отделения направляется актив в организацию ПМСП по месту прикрепления пациента</p>		
7	<p>Наличие записей в медицинской документации (Журнал приема пациентов и отказов в госпитализации из МИС, талоны плановой госпитализации , "Медицинская карта стационарного пациента" (форма № 001/у) о показаний для госпитализации: необходимость оказания доврачебной, квалифицированной, специализированной медицинской помощи, в том числе с применением высокотехнологичных медицинских услуг, с круглосуточным медицинским наблюдением пациентов:</p> <p>1) в плановом порядке – по направлению специалистов ПМСП или</p>		

	<p>другой организации здравоохранения:</p> <p>2) по экстренным показаниям (включая выходные и праздничные дни) - вне зависимости от наличия направления</p>		
8	<p>Н а л и ч и е подтверждающей медицинской документации (форма № 001/у "Медицинская карта стационарного пациента") о проведении осмотра заведующим отделением тяжелых пациентов в день госпитализации, в последующем – ежедневно. Пациенты, находящиеся в среднетяжелом состоянии, осматриваются не реже одного раза в неделю. Результаты осмотра пациента регистрируются в медицинской карте с указанием рекомендаций по дальнейшей тактике ведения пациента с обязательной идентификацией медицинского работника, вносящего записи</p>		
9	<p>Наличие установленного клинического диагноза совместно с заведующим отделением не позднее трех календарных дней со дня госпитализации пациента в организацию здравоохранения в форме №001/у "Медицинской карте стационарного пациента".</p>		
	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации (форма № 001/у "Медицинская карта стационарного пациента") о проведении ежедневного осмотра</p>		

лечащего врача пациентов, находящихся в стационаре кроме выходных и праздничных дней. При осмотре и назначении дежурным врачом дополнительных диагностических и лечебных манипуляций проводятся соответствующие записи в медицинской карте. При ухудшении состояния пациента дежурный врач оповещает заведующего отделением и (или) лечащего врача, согласовывает внесение изменений в процесс диагностики и лечения, и делает запись в медицинской карте (бумажный и (или) электронный) вариант. В электронный вариант медицинской карты запись вносится не позднее суток с момента изменения состояния пациента. При неотложных состояниях кратность записей зависит от динамики тяжести состояния. Записи врача стационара отражают конкретные изменения в состоянии пациента и необходимость коррекции назначений, обоснование назначенного обследования и лечения, оценку и интерпретацию полученных результатов и эффективности проводимого лечения. Кратность осмотра при неотложных состояниях не реже каждые 3 часов, с указанием времени



	оказания неотложной помощи по часам и минутам.		
11	<p>Соблюдение требований при плановой госпитализации:</p> <p>1) наличие направления на госпитализацию в стационар и талона плановой госпитализации ;</p> <p>2) госпитализация пациента в соответствии с установленной датой плановой госпитализации в направлении;</p> <p>3) наличие проведенных клинико-диагностических (лабораторных, инструментальных и функциональных) исследований и консультаций профильных специалистов соответственно диагнозу выписки из медицинской карты амбулаторного пациента форма № 052/у.</p>		
12	Наличие медицинской документации о проведении консультаций или консилиума при затруднении в идентификации диагноза, неэффективности проводимого лечения, а также при иных показаниях		
	<p>Наличие медицинской документации о соблюдении критериев при выписке, в частности :</p> <p>1) общепринятые исходы лечения (выздоровление, улучшение, без перемен, смерть, переведен в другую медицинскую организацию);</p> <p>2) письменное заявление пациента или его</p>		

13	<p>законного представителя при отсутствии непосредственной опасности для жизни пациента или для окружающих;</p> <p>3) случаи нарушения внутреннего распорядка организации здравоохранения, а также создание препятствий для лечебно-диагностического процесса, ущемления прав других пациентов на получение надлежащей медицинской помощи (при отсутствии непосредственной угрозы его жизни), о чем делается запись в медицинской карте.</p>		
14	<p>Наличие выдачи выписного эпикриза пациенту на руки при выписке с указанием полного клинического диагноза, проведенного объема диагностических исследований, лечебных мероприятий и рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению. Данные по выписке заносятся в информационные системы день в день, с указанием фактического времени выписки.</p>		
	<p>Наличие документации о соблюдении требований к переливанию компонентов крови и в случае развития осложнений (приказы о создании комиссии, алгоритм взаимодействия сотрудников, "Медицинская карта стационарного пациента" форма №001/у):</p> <p>Перед переливанием компонентов крови</p>		

реципиент обследуется на маркеры гемотрансмиссивных инфекций ВИЧ, гепатиты В и С, а после окончания лечения в выписном эпикризе указывается необходимость повторного обследования на ВИЧ и гепатиты В и С по месту жительства.

Обследование реципиентов на наличие ВИЧ-инфекции в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи осуществляется в государственных организациях здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции

В медицинскую карту пациента до начала трансфузионной терапии вносятся сведения, касающиеся трансфузионного и акушерского анамнеза:

наличие предшествующих переливаний, когда и в связи с чем;

имелись ли посттрансфузионные осложнения, беременности, закончившиеся рождением детей с гемолитической болезнью новорожденного.

В случае развития осложнений во время биологической пробы, во время переливания или после него, производится подробная запись (записи) с описанием состояния реципиента, данных мониторинга жизненно важных функций,

методов лечения и их эффективности.  
Проводится немедленный лабораторный контроль крови и мочи реципиента .

Н а л и ч и е подтверждающей медицинской документации о показаниях для госпитализации в дневной стационар при амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения и в стационар на дому:

- 1) обострение хронических заболеваний , не требующих круглосуточного медицинского наблюдения;
- 2) активное плановое оздоровление группы пациентов с хроническими заболеваниями, подлежащими динамическому наблюдению;
- 3) долечивание пациента на следующий день после курса стационарного лечения по медицинским показаниям;
- 4) проведение курсов медицинской реабилитации второго и третьего этапа;
- 5) паллиативная помощь;
- 6) орфанные заболевания у детей, сопряженных с высоким риском инфекционных осложнений и требующих изоляции в период сезонных вирусных заболеваний, для получения регулярной заместительной ферментативной и

антибактериальной терапии.

Наличие показаний для госпитализации в дневной стационар при круглосуточном стационаре являются:

- 1) проведение операций и вмешательств со специальной предоперационной подготовкой и реанимационной поддержкой;
- 2) проведение сложных диагностических исследований, требующих специальной предварительной подготовки, а также не доступных в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения;
- 3) наблюдение пациентов, лечение которых связано с переливанием препаратов крови, внутривенных вливаний кровезамещающих жидкостей, специфической гипосенсибилизирующей терапии, инъекций сильнодействующих препаратов, внутрисуставных введений лекарственных средств;
- 4) долечивание на следующий день после стационарного лечения при наличии показаний к ранней выписке после оперативного лечения;
- 5) паллиативная помощь;
- 6) химиотерапия, лучевая терапия, коррекция патологических состояний, возникших после проведения специализированного лечения онкологическим пациентам

Наличие медицинской документации об обследовании лиц по клиническим показаниям на ВИЧ-инфекции при выявлении следующих заболеваний, синдромов и симптомов:

- 1) увеличение двух и более лимфатических узлов длительностью более 1 месяца, персистирующая, генерализованная лимфаденопатия;
- 2) лихорадка неясной этиологии (постоянная или рецидивирующая длительностью более 1 месяца);
- 3) необъяснимая тяжелая кахексия или выраженные нарушения питания, плохо поддающиеся стандартному лечению (у детей), необъяснимая потеря 10% веса и более;
- 4) хроническая диарея в течение 14 суток и более (у детей), необъяснимая хроническая диарея длительностью более месяца;
- 5) себорейный дерматит, зудящая папулезная сыпь (у детей);
- 6) ангулярный хейлит;
- 7) рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей (синусит, средний отит, фарингит, трахеит, бронхит);
- 8) опоясывающий лишай;
- 9) л ю б о й диссеминированный эндемический микоз, глубокие микозы (кокцидиоидоз, внелегочный криптококкоз (криптококковый

менингит), споротрихоз, аспергиллез, изоспороз, внелегочной гистоплазмоз, стронгилоидоз, актиномикоз);

10) туберкулез легочный и внелегочный, в том числе диссеминированная инфекция, вызванная атипичными микобактериями, кроме туберкулеза периферических лимфоузлов;

11) волосатая лейкоплакия полости рта, линейная эритема десен;

12) тяжелые затяжные рецидивирующие пневмонии и хронические бронхиты, не поддающиеся обычной терапии (кратностью два или более раз в течение года), бессимптомная и клинически выраженная лимфоидная интерстициальная пневмония;

13) сепсис, затяжные и рецидивирующие гнойно-бактериальные заболевания внутренних органов (пневмония, эмпиема плевры, менингит, менингоэнцефалиты, инфекции костей и суставов, гнойный миозит, сальмонеллезная септицемия (кроме *Salmonella typhi*), стоматиты, гингивиты, периодонтиты);

14) пневмоцистная пневмония;

15) инфекции, вызванные вирусом простого герпеса, с поражением внутренних органов и хроническим (

длительностью более одного месяца с момента заболевания) поражением кожи и слизистых оболочек, в том числе глаз;

16) кардиомиопатия;

17) нефропатия;

18) энцефалопатия неясной этиологии;

19) прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия;

20) саркома Капоши;

21) новообразования, в том числе лимфома (головного мозга) или В-клеточная лимфома;

22) токсоплазмоз центральной нервной системы;

23) кандидоз пищевода, бронхов, трахеи, легких, слизистых оболочек полости рта и носа;

24) диссеминированная инфекция, вызванная атипичными микобактериями;

25) кахексия неясной этиологии;

26) затяжные рецидивирующие пиодермии, не поддающиеся обычной терапии;

27) тяжелые хронические воспалительные заболевания женской половой сферы неясной этиологии;

28) инвазивные новообразования женских половых органов;

29) моноклеоз через 3 месяцев от начала заболевания;

30) инфекции, передающихся половым путем (сифилис, хламидиоз, трихомониаз, гонорея, генитальный



	<p>герпес, вирусный папилломатоз и другие) с установленным диагнозом;</p> <p>31) вирусные гепатиты В и С, при подтверждении диагноза;</p> <p>32) обширные сливные кондиломы;</p> <p>33) контагиозный моллюск с обширными высыпаниями, гигантский обезображивающий контагиозный моллюск;</p> <p>34) первичное слабоумие у ранее здоровых лиц;</p> <p>35) больные гемофилией и другими заболеваниями, систематически получающие переливание крови и ее компонентов;</p> <p>36) генерализованная цитомегаловирусная инфекция.</p>		
18	<p>Наличие договора на оказание платных медицинских услуг в организациях здравоохранения.</p> <p>Наличие документов, устанавливающих факт сооплаты</p>		
	<p>Наличие медицинской документации о соблюдении следующих требований при проведении экспертизы временной нетрудоспособности, выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности (форма №001/у "Медицинская карта стационарного пациента", форма 052/у "Медицинская карта амбулаторного пациента", корешки листов о временной нетрудоспособности пациентов, форма № 025/</p>		

у "Журнал для записи заключений  
врачебно-консультационной комиссии", форма № 029/у "Книга регистрации листов о временной нетрудоспособности", форма № 037/у "Справка № \_\_\_\_\_ о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детскую дошкольную организацию (нужное подчеркнуть)", форма № 038/у "Справка № \_\_\_\_\_ о временной нетрудоспособности" и другие):

- 1) наличие осмотра лица и записи данных о его состоянии здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного, обосновывающей необходимость временного освобождения его от работы;
- 2) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности в день выписки лиц при стационарном лечении (включая дневные стационары, реабилитационные центры) на весь период стационарного лечения;
- 3) закрытие листа и справки о временной нетрудоспособности датой выписки из стационара если

трудоспособность лиц полностью восстановлена ;

4) продление лицам, продолжающим быть временно нетрудоспособными листа и справки о временной нетрудоспособности на срок, с учетом времени, необходимого для его явки к медицинскому работнику поликлиники или вызова медицинского работника на дом (но не более чем на один календарный день). Лицам, получавшим лечение за пределами региона проживания, учитывается время, необходимое для прибытия к месту его постоянного проживания (но не более чем на четыре календарных дня) ;

5) выдача справки о временной нетрудоспособности при травмах, полученных в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также при острой алкогольной или наркотической интоксикации, на весь период временной нетрудоспособности;

6) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам, страдающим психическими заболеваниями, при несвоевременном обращении в медицинскую организацию за прошедшие дни по заключению врачебно-консультативной комиссии

психоневрологического диспансера или медицинского работника (врача-психиатра) совместно с руководителем медицинской организации;

7) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам, направленным по решению суда на судебно-медицинскую и л и судебно-психиатрическую экспертизу и признанных нетрудоспособными со дня поступления на экспертизу;

8) выдачи одновременно листа и справки о временной нетрудоспособности лицу, совмещающему обучение с работой.

Наличие документации (внутренние приказы, положения, протоколы, анкеты, аналитические справки) о проведении клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям:

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

отсутствие сбора анамнеза;

полнота сбора анамнеза;

наличие данных о перенесенных, хронических и наследственных заболеваниях, проведенных гемотранфузиях, переносимости

лекарственных препаратов, аллергологический статус;  
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:

- отсутствие диагностических мероприятий;
- неправильное заключение или отсутствие заключения по результатам проведенных диагностических исследований, приведшие к неправильной постановке диагноза и ошибкам в тактике лечения;
- проведение диагностических исследований, предусмотренных клиническими протоколами;
- проведение диагностических исследований с высоким, неоправданным риском для состояния здоровья пациента,

обоснованность проведения диагностических исследований, не вошедших в клинические протокола;

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: диагноз отсутствует, неполный или неправильный, не соответствует международной классификации болезней; не выделен ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть течения заболевания, не распознаны сопутствующие заболевания и осложнения; диагноз правильный, но неполный, не выделен ведущий патологический синдром при выделенных осложнениях, не распознаны сопутствующие заболевания, влияющие на исход; 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 (помощи);

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

- отсутствие консультации, приведшее к ошибочной трактовке симптомов и синдромов, отрицательно повлиявших на исход заболевания;
- консультация своевременная, непринятие во внимание мнения консультанта при постановке диагноза частично повлияло на исход заболевания;
- консультация своевременная, мнение консультанта учтено при постановке диагноза, невыполнение рекомендации консультанта по лечению частично повлияло на исход заболевания;
- мнение консультанта ошибочное и повлияло на исход заболевания.

Н а л и ч и е подтверждающей документации о проведении оценки объективности причин

несвоевременной консультации и влияния несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);

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

- отсутствие лечения при наличии показаний;
- назначение лечения при отсутствии показаний;
- назначение малоэффективных лечебных мероприятий без учета особенностей течения заболевания, сопутствующих заболеваний и осложнений;
- выполнение лечебных мероприятий не в полном объеме, без учета функционального состояния органов и систем, назначения лекарственных средств без доказанной клинической эффективности;
- необоснованное отклонение от требований клинических протоколов, наличие полипрагмазии, приведшее к развитию нового патологического синдрома и ухудшению состояния пациента;

6) отсутствие или развитие осложнений после медицинских вмешательств, оцениваются 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: достижение ожидаемого клинического эффекта при соблюдении технологии оказания медицинских услуг (помощи);

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

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;

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		
	<p>Наличие документации о соблюдении следующих действий при проведении патологоанатомического вскрытия:</p> <p>1) проведение патологоанатомического вскрытия трупов после констатации врачами биологической смерти, после предоставления медицинской карты стационарного пациента или медицинской карты амбулаторного пациента с письменным распоряжением главного врача или его заместителя по медицинской (лечебной) части организации здравоохранения о направлении на патологоанатомическое вскрытие;</p> <p>2) оформление результатов патологоанатомического вскрытия в виде патологоанатомического диагноза (патологоанатомический диагноз включает: основное заболевание, осложнение основного заболевания, сопутствующее заболевание, комбинированное основное заболевание);</p> <p>3) передача медицинской карты стационарного пациента или медицинской карты амбулаторного пациента с внесенным в нее патологоанатомическим диагнозом в медицинский архив</p>		

организации здравоохранения не позднее десяти рабочих дней после патологоанатомического вскрытия;

4) проведение клинико-патологоанатомического разбора в случаях смерти больных в организациях здравоохранения;

5) патологоанатомическое вскрытие при подозрениях на острые инфекционные, онкологические заболевания, патологию детского возраста, летальный исход в связи с медицинскими манипуляциями в целях установления причины смерти и уточнения диагноза заболевания со смертельным исходом;

6) организация главным врачом и заведующим патологоанатомического отделения вирусологического (иммунофлюоресцентного) и бактериологического исследования материалов вскрытия трупов в случаях подозрения на инфекционные заболевания;

7) передача в патологоанатомическое бюро, централизованное патологоанатомическое бюро и патологоанатомическое отделение медицинских карт стационарных пациентов на всех умерших за предшествующие сутки не позднее 10 часов утра дня, следующего после установления факта смерти;

## 8) оформление:

- медицинского свидетельства о смерти (предварительное, окончательное) врачом по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" в день проведения патологоанатомического вскрытия;

- медицинского свидетельства о перинатальной смерти (предварительное, окончательное) врачом по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" в день проведения патологоанатомического вскрытия;

9) оформление результатов вскрытия в виде протокола патологоанатомического исследования; 10) наличие письменного уведомления в судебно-следственные органы для решения вопроса о передаче трупа на судебно-медицинскую экспертизу при обнаружении признаков насильственной смерти и прекращение проведения патологоанатомического исследования трупа;

11) наличие письменного извещения врача по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" в случае первичного обнаружения во время вскрытия признаков острого инфекционного заболевания, пищевого или производственного отравления, необычной реакции на прививку, а также экстренное извещение в органы

государственной санитарно-эпидемиологической службы, сразу же после их выявления;

12) проведение патологоанатомического исследования плаценты:

- в случае мертворождения;
- при всех заболеваниях новорожденных, выявленных в момент рождения;
- в случаях, подозрительных на гемолитическую болезнь новорожденных;
- при раннем отхождении вод и при грязных водах;
- при заболеваниях матери, протекающих с высокой температурой в последний триместр беременности;
- при явной аномалии развития или прикреплении плаценты;
- при подозрении на наличие врожденных аномалий развития плода;

; при случаях преэклампсий, эклампсий

13) обязательная регистрация плода массой менее 500 граммов с антропометрическими данными (масса, рост, окружность головы, окружность грудной клетки);

14) установление патологоанатомического вскрытия в зависимости от сложности на следующие категории:

- первая категория;
- вторая категория;
- третья категория;
- четвертая категория;

15) установление врачом по специальности "

	<p>патологическая анатомия (взрослая, детская)" категории патологоанатомического вскрытия и причины расхождения диагнозов при расхождении заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов</p> <p>16) наличие подробного анализа с определением профиля и категорий ятрогении во всех случаях ятрогенной патологии, выявленные в результате патологоанатомического вскрытия</p>		
22	<p>Наличие письменного заявления супруга (супруги), близких родственников или законных представителей умершего либо письменного волеизъявления, данного лицом при его жизни для выдачи трупа без проведения патологоанатомического вскрытия, при отсутствии подозрения на насильственную смерть</p>		
23	<p>Наличие записи медицинского работника в медицинской документации с последующим забором биологических материалов на определение содержания психоактивного вещества с занесением результатов в медицинскую карту при обнаружении признаков употребления психоактивных веществ во время обращения за медицинской помощью в организацию здравоохранения без вынесения Заключения</p>		

	<p>медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения.</p>		
24	<p>Наличие медицинской документации о проведении лечебно-диагностических мероприятий, лекарственного обеспечения, организации лечебного питания и соответствующего ухода пациента с момента поступления в организацию здравоохранения (Медицинская карта стационарного пациента" форма №001/у)</p>		
25	<p>Наличие медицинской документации об использовании возможностей консультирования с профильными республиканскими организациями, посредством телемедицинской сети при сложности в верификации диагноза ребенка, определения тактики ведения. При необходимости осуществляется перевод ребенка в профильные республиканские организации.</p>		
26	<p>Наличие медицинской документации об обеспечении поддерживающего ухода (поддержка адекватного кормления, поддержание водного баланса, контроля боли, ведение лихорадки, кислородотерапия)</p>		

27	Наличие медицинской документации об использовании при наличии менее болезненных альтернативных способов лечения, не уступающих по эффективности, для избежания необоснованных болезненных процедур		
28	Наличие медицинской документации о проведении ежедневного осмотра ребенка врачом, осмотр заведующего (при поступлении в первые сутки, повторно не менее 1 раза в неделю)		
	<p>Наличие медицинской документации о соблюдении требований оказания анестезиологической и реаниматологической помощи:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оказание специализированной медицинской помощи пациентам в экстренном и плановом порядках, в том числе высокотехнологичные медицинские услуги;</li> <li>2) определение метода анестезии, осуществление медикаментозной предоперационной подготовки и проведение разных методик анестезии при различных оперативных вмешательствах, родах, диагностических и лечебных процедурах;</li> <li>3) наблюдение за состоянием больных в посленаркозном периоде в палатах "пробуждения" до восстановления</li> </ol>		



сознания и стабилизации функции жизненно важных органов;

4) оценку степени нарушений функции жизненно важных органов и систем и проведение расширенного комплекса мероприятий по реанимации и интенсивной терапии при различных критических ситуациях, в том числе методами экстракорпоральной детоксикации, гипербарической оксигенации, электрокардиостимуляции;

5) интенсивное наблюдение (экспресс-контроль состояния систем жизнеобеспечения, а также метаболизма с использованием методов лабораторной и функциональной диагностики, мониторинга дыхания и кровообращения), полноценная и целенаправленная коррекция расстройств;

6) проведение реанимационных мер пациентам (при наличии показаний) в других отделениях;

7) установление показаний для дальнейшего лечения больных в условиях ОАРИТ, а также перевод больных из ОАРИТ в профильные отделения после стабилизации функции жизненно важных органов с рекомендациями по лечению и обследованию на ближайшие сутки;

	<p>8) консультирование врачей других отделений по вопросам практической анестезиологии и реаниматологии;</p> <p>9) анализ эффективности работы отделения и качества оказываемой медицинской помощи, разработка и проведение мероприятий по повышению качества оказания медицинской помощи и снижению летальности</p>		
30	Наличие медицинской документации о соответствии проведенных лечебных и диагностических мероприятий с рекомендациями клинических протоколов		
31	Наличие медицинской документации об оказании первого этапа медицинской реабилитации по основному заболеванию (форма №001/у "Медицинская карта стационарного пациента", "форма №047/у" реабилитационная карта).		
32	Наличие медицинской документации о проведении осмотра заведующим отделением при поступлении нейрохирургических больных и в последующем по необходимости заболеванию (Медицинская карта стационарного пациента форма №001/у)		

Должностное (ые) лицо (а) \_\_\_\_\_

должность подпись

\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество (при наличии)

Руководитель субъекта контроля \_\_\_\_\_

должность подпись

фамилия, имя, отчество (при наличии)

Приложение 3  
к совместному приказу  
Министр национальной экономики  
Республики Казахстан  
от 29 мая 2023 года № 91  
и Министр здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 29 мая 2023 года № 90

Приложение 3  
к совместному приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 15 ноября 2018 года  
№ ҚР ДСМ-32  
и Министра национальной экономики  
Республики Казахстан  
от 15 ноября 2018 года № 70

## Проверочный лист

в сфере качества оказания медицинских услуг

\_\_\_\_\_

в соответствии со статьей 138

\_\_\_\_\_

Предпринимательского кодекса Республики Казахстан в отношении

\_\_\_\_\_

субъектов (объектов), оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь  
(первичную медико-санитарную помощь и консультативно-диагностическую  
помощь)

\_\_\_\_\_

наименование однородной группы субъектов (объектов) контроля

\_\_\_\_\_

Государственный орган, назначивший проверку/профилактического контроля  
с посещением субъекта (объекта) контроля

\_\_\_\_\_

Акт о назначении проверки/профилактического контроля с посещением субъекта  
(объекта) контроля

\_\_\_\_\_

№, дата

Наименование субъекта (объекта) контроля \_\_\_\_\_

(Индивидуальный идентификационный номер), бизнес-идентификационный номер субъекта (объекта) контроля \_\_\_\_\_

Адрес места нахождения

№	Перечень требований	Соответствует требованиям	Не соответствует требованиям
1	2	3	4
1	Н а л и ч и е подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе		
2	Наличие письменного добровольного согласия пациента либо его законного представителя при инвазивных вмешательствах и на проведение лечебно-диагностических мероприятий		
3	Наличие медицинской карты амбулаторного пациента о соответствии проведенных лечебных и диагностических мероприятий с рекомендациями клинических протоколов		
	Наличие документации о соблюдении следующих требований при организации и проведении врачебно-консультативной комиссии:		

4	<p>1) наличие приказа руководителя медицинской организации:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- о создании врачебно-консультативной комиссии; - о составе, количестве членов (не менее трех врачей),</li> <li>- о работе и графике врачебно-консультативной комиссии</li> </ul> <p>2) наличие заключения врачебно-консультативной комиссии</p>		
5	<p>Наличие документации о соблюдении требований организациями первичной медико-санитарной помощи при проведении профилактических медицинских осмотров целевых групп населения :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) наличие списков целевых групп лиц, подлежащих скрининговым осмотрам;</li> <li>2) обеспечение преемственности с профильными медицинскими организациями для проведения данных осмотров;</li> <li>3) информирование населения о необходимости прохождения скрининговых исследований;</li> <li>4) внесение данных о прохождении скрининговых исследований в медицинской информационной системе ;</li> <li>5) проведение ежемесячного анализа проведенных скрининговых</li> </ul>		

	<p>исследований с предоставлением информации в местные органы государственного управления здравоохранением до 5 числа месяца, следующим за отчетным.числа месяца, следующим за отчетным.</p>		
6	<p>Наличие документации о соответствии уровней оказания медицинской реабилитации пациентам:</p> <p>1) первичный уровень – медицинские организации первичной медико-санитарной помощи, имеющие в своей структуре кабинет/отделение реабилитации, дневной стационар и оказывающие медицинскую реабилитацию пациентам, состояние которых оценивается от 1 до 2-х баллов по Шкале реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ);</p> <p>2) вторичный уровень – медицинские организации, имеющие в своей структуре специализированные отделения и (или) центры, осуществляющие медицинскую реабилитацию в амбулаторных, стационарозамещающих и стационарных условиях, оказывающие медицинскую реабилитацию пациентам, состояние которых оценивается от 2-х до 4-х баллов по ШРМ;</p> <p>3) третичный уровень – специализированные медицинские организации, имеющие в своей структуре</p>		

отделения и (или) центры , оказывающие медицинскую реабилитацию, в том числе с применением высокотехнологичных услуг, в амбулаторных, стационароразмещающих и стационарных условиях , пациентам, состояние которых оценивается от 2 -х до 4-ти баллов по ШРМ.

Наличие документации о соответствии оказания противотуберкулезной помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне следующим требованиям:

- 1) проведение информационно-разъяснительной работы по профилактике, раннему выявлению туберкулеза;
- 2) планирование (формирование списков подлежащих лиц, оформление графика), организацию и проведение флюорографического обследования с оформлением в медицинской документации результатов обследования;
- 3) планирование (формирование списков подлежащих лиц, оформление графика), организацию и проведение туберкулинодиагностики детей и подростков с оформлением в медицинской документации результатов обследования, проведение

дообследования  
туберкулиноположительных детей);

4) направление на обследование лиц при подозрении на туберкулез по диагностическому алгоритму обследования

5) направление к фтизиатру лиц с положительными результатами флюорографического обследования, детей и подростков с впервые выявленной положительной и гиперергической туберкулиновой пробой, с нарастанием туберкулиновой чувствительности на 6 мм и более, детей с побочными реакциями и осложнениями на прививку против туберкулеза;

6) планирование, организацию и проведение вакцинации против туберкулеза;

7) контролируемое лечение латентной туберкулезной инфекции (далее -ЛТИ) по назначению фтизиатра, в том числе в видеонаблюдаемом режиме;

8) обследование контактных;

9) амбулаторное непосредственно-контролируемое или видеонаблюдаемое лечение больных туберкулезом;

10) диагностика и лечение побочных реакций на противотуберкулезные препараты по назначению фтизиатра;



	<p>11) диагностика и лечение сопутствующих заболеваний;</p> <p>12) ведение медицинских карт больных туберкулезом, находящихся на амбулаторном лечении, в том числе туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью;</p> <p>13) регулярное внесение данных в Национальный регистр больных туберкулезом в пределах компетенции</p>		
8	<p>Наличие документации о соблюдении требований оказания онкологической помощи в ф о р м е амбулаторно-поликлинической помощи:</p> <p>формирование групп лиц с риском развития онкологических заболеваний;</p> <p>осмотр врачом с целью определения состояния пациента и установления диагноза;</p> <p>лабораторное и инструментальное обследование пациента с целью постановки диагноза;</p> <p>динамическое наблюдение за онкологическими больными;</p> <p>отбор и направление на госпитализацию онкологических больных для получения специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичных медицинских услуг;</p> <p>дообследование лиц с подозрением на ЗН с</p>		

	<p>целью верификации диагноза;</p> <p>определение тактики ведения и лечения пациента;</p> <p>проведение амбулаторной противоопухолевой терапии;</p> <p>проведение амбулаторной противоопухолевой терапии</p>		
9 77	<p>Наличие обязательного конфиденциального медицинского обследования на наличие ВИЧ-инфекции лиц по клиническим и эпидемиологическим показаниям, включая половых партнеров беременных, лиц, обратившихся добровольно и анонимно</p>		
	<p>Наличие документации о соблюдении требований проведения следующих мероприятий врачом акушер-гинекологом при перичном обращении женщины по поводу беременности и при желании сохранить ее :</p> <p>1) наличие сбора анамнеза, наличие у беременной и родственников заболеваний (сахарный диабет, артериальная гипертензия, туберкулез, психические расстройства, онкологические заболевания и другие), рождение детей с врожденными пороками развития и наследственными болезнями;</p> <p>2) наличие отметки о перенесенных в детстве и в зрелом возрасте</p>		

заболеваний (соматические и гинекологические), операции, переливания крови и ее компонентов;

3) наличие группы "риска" по врожденной и наследственной патологии для направления к врачу по специальности "Медицинская генетика" (без ультразвукового скрининга и анализа материнских сывороточных маркеров) по следующим показаниям: возраст беременной женщины 37 лет и старше, наличие в анамнезе случаев прерывания беременности по генетическим показаниям и/(или) рождения ребенка с ВПР или хромосомной патологией, наличие в анамнезе случаев рождения ребенка (или наличие родственников) с моногенным наследственным заболеванием, наличие семейного носительства хромосомной или генной мутации, отягощенный акушерский анамнез (мертворождение, привычное невынашивание и другие);

4) наличие результата забора крови беременных женщин для анализа материнских сывороточных маркеров в первом триместре беременности и назначения ультразвукового скрининга в первом, втором и третьем триместрах беременности;

- 5) наличие записи особенностей репродуктивной функции ;
- 6) наличие записи о состоянии здоровья супруга, группы крови и резус принадлежность;
- 7) наличие записи характера производства, где работают супруги, вредные привычки;
- 8) наличие осмотра для ранней постановки на учет беременных до 12 недель и регистрацию в день выявления беременности для своевременного обследования;
- 9) наличие противопоказаний к вынашиванию беременности;.
- 10) наличие плана ведения с учетом выявленных факторов

Наличие документации о соблюдении требований в р а ч о м акушер-гинекологом по оказанию и организации акушерско-гинекологической помощи женщинам при беременности, после родов, предоставление услуг по планированию семьи и охране репродуктивного здоровья, а также профилактику, диагностику и лечение гинекологических заболеваний репродуктивной системы

1) наличие посещений для диспансерного наблюдения беременных в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода с

выделением женщин "по факторам риска";

2) наличие результатов проведенного пренатального скрининга - комплексного обследования беременных женщин с целью выявления группы риска по хромосомной патологии и врожденным порокам развития (далее – ВПР) внутриутробного плода;

3) своевременная госпитализация беременных, нуждающихся в госпитализации в дневные стационары, отделения патологии беременности медицинских организаций стационарного уровня, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь, профильные медицинские организации с экстрагенитальной патологией, с соблюдением принципов регионализации перинатальной помощи;

4) направления беременных, рожениц и родильниц для получения специализированной помощи с медицинским наблюдением, в том числе с применением высокотехнологичных медицинских услуг в медицинские организации республиканского уровня ;

5) наличие записей о проведении дородового обучения беременных по подготовке к родам, в том числе к партнерским

родам, наличие информирования беременных о тревожных признаках, об эффективных перинатальных технологиях, принципах безопасного материнства, грудного вскармливания и перинатального ухода;

6) проведения патронажа беременных и родильниц по показаниям;

7) консультирования и оказания услуг по вопросам планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья;

8) выявление инфекций, передаваемых половым путем для направления к профильным специалистам;

9) наличие обследования женщин фертильного возраста с назначением, при необходимости углубленного обследования с использованием дополнительных методов и привлечением профильных специалистов для своевременного выявления экстрагенитальной, гинекологической патологии и взятия их на диспансерный учет;

10) по результатам обследования женщина включение в группу динамического наблюдения женщин фертильного возраста в зависимости от состояния репродуктивного и соматического здоровья для своевременной подготовки к планируемой

беременности с целью улучшения исходов беременности для матери и ребенка;

11) наличие проведения профилактических осмотров женского населения с целью раннего выявления экстрагенитальных заболеваний;

12) наличие обследования и лечения гинекологических больных с использованием современных медицинских технологий;

13) наличие выявленных и обследованных гинекологических больных для подготовки к госпитализации в специализированные медицинские организации;

14) результаты диспансеризации гинекологических больных, включая реабилитацию и санаторно-курортное лечение;

15) количество выполненных малых гинекологических операций с использованием современных медицинских технологий;

16) списки беременных, родильниц и гинекологических больных по обеспечению преемственности взаимодействия в обследовании и лечении

17) наличие проведения экспертизы временной нетрудоспособности по беременности, родам и гинекологическим заболеваниям, определение

	необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, направления на медико-социальную экспертизу женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности		
12	Наличие результатов и дополнительных данных последующих осмотров и исследований в Индивидуальной карте беременной и родильницы и Обменной карте беременной и родильницы при каждом посещении беременной в р а ч а акушера-гинеколога		
13	Наличие патронажа на дому акушеркой или патронажной медицинской сестрой беременных женщин, не явившихся на прием в течение 3 дней после назначенной даты		
14	Наличие заключения врачебно-консультативной комиссии о возможном вынашивании беременности у женщин с противопоказаниями к беременности по экстрагенитальной патологии		
15	Наличие договора на оказание платных медицинских услуг в организациях здравоохранения. Наличие документов, устанавливающих факт сооплаты		
	Наличие документации о соблюдении средним медицинским работником		



16

медицинского пункта организации образования следующих требований:  
1) наличие единого списка обучающихся в организациях образования;  
2) наличие списка обучающихся (целевых групп), подлежащих скрининговому осмотру;  
3) организация и проведение иммунопрофилактики с последующим поствакцинальным наблюдением за привитым;  
4) ведение контроля за соблюдением сроков прохождения обязательных медицинских осмотров всех сотрудников школы и работников пищеблока;  
5) ведение учетно-отчетной документации

Наличие медицинской документации о соблюдении следующих требований при проведении экспертизы временной нетрудоспособности, выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности (форма №001/у "Медицинская карта стационарного пациента", форма 052/у "Медицинская карта амбулаторного пациента", корешки листов о временной нетрудоспособности пациентов, форма № 025/у "Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии", форма № 029/у "Книга регистрации листов о временной

нетрудоспособности", форма № 037/у "Справка № \_\_\_\_\_ о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детскую дошкольную организацию (нужное подчеркнуть)", форма № 038/у "Справка № \_\_\_\_\_ о временной нетрудоспособности" и другие):

- 1) наличие осмотра лица и записи данных о его состоянии здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного, обосновывающей необходимость временного освобождения его от работы;
- 2) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности в день выписки лиц при стационарном лечении (включая дневные стационары, реабилитационные центры) на весь период стационарного лечения;
- 3) закрытие листа и справки о временной нетрудоспособности датой выписки из стационара если трудоспособность лиц полностью восстановлена ;
- 4) продление лицам, продолжающим быть временно нетрудоспособными листа и справки о

временной нетрудоспособности на срок, с учетом времени, необходимого для его явки к медицинскому работнику поликлиники или вызова медицинского работника на дом (но не более чем на один календарный день). Лицам, получавшим лечение за пределами региона проживания, учитывается время, необходимое для прибытия к месту его постоянного проживания (но не более чем на четыре календарных дня);

5) выдача справки о временной нетрудоспособности при травмах, полученных в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также при острой алкогольной или наркотической интоксикации, на весь период временной нетрудоспособности;

б) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам, страдающим психическими заболеваниями, при несвоевременном обращении в медицинскую организацию за прошедшие дни по заключению врачебно-консультативной комиссии психоневрологического диспансера или медицинского работника (врача-психиатра) совместно с руководителем медицинской организации;

7) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам, направленным по решению суда на судебно-медицинскую и л и судебно-психиатрическую экспертизу и признанных нетрудоспособными со дня поступления на экспертизу;

8) выдачи одновременно листа и справки о временной нетрудоспособности лицу, совмещающему обучение с работой.

Соблюдение следующих требований при выдаче листа и справки о временной нетрудоспособности по беременности и родам:

- лист или справка о временной нетрудоспособности по беременности и родам выдается медицинским работником (врачом акушером-гинекологом), а при его отсутствии - врачом, совместно с заведующим отделением после заключения ВКК с тридцати недель беременности на срок продолжительностью сто двадцать шесть календарных дней ( семьдесят календарных дней до родов и пятьдесят шесть календарных дней после родов) при нормальных родах.

Женщинам, проживающим на территориях, подвергшихся воздействию ядерных испытаний, лист или справка о

нетрудоспособности по беременности и родам выдается с двадцати семи н е д е л ь продолжительностью сто семьдесят календарных дней (девяносто один календарный день до родов и семьдесят девять календарных дней после родов) при нормальных родах;

2) женщинам, временно выехавшим с постоянного места жительства в пределах Республики Казахстан, лист или справка о временной нетрудоспособности по беременности и родам выдается (продлевается) в медицинской организации, где произошли роды или в женской консультации (кабинете) по месту наблюдения согласно выписке (обменной к а р т ы ) родовспомогательной организации

3) в случае осложненных родов, рождении двух и более детей, лист или справка о временной нетрудоспособности продлевается дополнительно на четырнадцать календарных дней медицинским работником (врачом акушером-гинекологом), а при его отсутствии - врачом, совместно с заведующим отделением после заключения ВКК по месту наблюдения согласно выписке родовспомогательной организации здравоохранения. В этих случаях общая

продолжительность  
дородового и  
послеродового отпусков  
составляет сто сорок  
календарных дней (   
семьдесят календарных  
дней до родов и  
семьдесят календарных  
дней после родов).

Женщинам,  
проживающим на  
территориях,  
подвергшихся  
воздействию ядерных  
испытаний, в случае  
осложненных родов,  
рождении двух и более  
детей, лист или справка о  
временной  
нетрудоспособности  
продлевается  
дополнительно на  
четырнадцать  
календарных дней, общая  
продолжительность  
дородового и  
послеродового отпусков  
составляет сто  
восемьдесят четыре дня (   
девяносто один  
календарный день до  
родов и девяносто три  
календарных дня после  
родов);

4) в случае родов при  
сроке от двадцати двух  
до двадцати девяти  
недель беременности и  
рождения ребенка с  
массой тела пятьсот  
грамм и более,  
прожившего более семи  
суток, женщине выдается  
лист или справка о  
нетрудоспособности по  
факту родов на семьдесят  
календарных дней после  
родов.

В случае родов при сроке  
от двадцати двух до  
двадцати девяти недель  
беременности и  
рождения мертвого плода  
или ребенка с массой

тела пятьсот грамм и более, умершего до семи суток жизни, женщине выдается лист или справка о временной нетрудоспособности по факту родов на пятьдесят шесть календарных дней после родов;

5) женщинам, проживающим на территориях, подвергшихся воздействию ядерных испытаний, в случае родов при сроке от двадцати двух до двадцати девяти недель беременности и рождения ребенка с массой тела пятьсот грамм и более, прожившего более семи суток, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается на девяносто три календарных дня после родов.

Женщинам, проживающим на территориях, подвергшихся воздействию ядерных испытаний, в случае родов при сроке от двадцати двух до двадцати девяти недель беременности и рождения мертвого плода или ребенка с массой тела пятьсот грамм и более, умершего до семи суток жизни, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается на семьдесят девять календарных дней после родов;

6) при обращении женщины в период беременности за листом временной нетрудоспособности

отпуск по беременности и родам исчисляется суммарно и предоставляется полностью независимо от числа дней, фактически использованных ею до родов.

При обращении женщины в период после родов за листом временной нетрудоспособности предоставляется только отпуск после родов продолжительностью, предусмотренной настоящим пунктом;

7) при наступлении беременности в период нахождения женщины в оплачиваемом ежегодном трудовом отпуске или отпуске без сохранения заработной платы по уходу за ребенком до достижения им трех лет, лист о временной нетрудоспособности выдается на все дни отпуска по беременности и родам, за исключением случаев, предусмотренных частью второй подпункта 6) настоящего пункта;

8) в случае смерти матери при родах или в послеродовом периоде, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается лицу, осуществляющему уход за новорожденным;

9) при операции по искусственному прерыванию беременности, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается врачом совместно с заведующим отделением на время



пребывания в стационаре и амбулаторно-поликлиническом уровне, где производилась операция, а в случае осложнения - на весь период временной нетрудоспособности. При самопроизвольном аборте (выкидыше) выдается лист или справка о временной нетрудоспособности на весь период временной нетрудоспособности;

10) при проведении операции пересадки эмбриона лист или справка о временной нетрудоспособности выдается медицинской организацией, проводившей операцию, со дня подсадки эмбриона до факта установления беременности.

Лицам, усыновившим (удочерившим) новорожденного ребенка (детей), а также биологической матери при суррогатном материнстве непосредственно из родильного дома лист или справка о временной нетрудоспособности выдается, со дня усыновления (удочерения) и до истечения пятидесяти шести календарных дней со дня рождения ребенка

Наличие документации (внутренние приказы, положения, протоколы, анкеты, аналитические справки) о проведении клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка

по следующим критериям:

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

отсутствие сбора анамнеза;

полнота сбора анамнеза;

наличие данных о перенесенных,

хронических и

наследственных

заболеваниях,

проведенных

гемотрансфузиях,

переносимости

лекарственных

препаратов,

аллергологический

статус;

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:

отсутствие

диагностических

мероприятий;

неправильное

заключение или

отсутствие заключения

по результатам

проведенных

диагностических

исследований,

приведшие к

неправильной постановке

диагноза и ошибкам в

тактике лечения;

проведение

диагностических

исследований,

предусмотренных

клиническими протоколами; проведение диагностических исследований с высоким, неоправданным риском для состояния здоровья пациента, обоснованность проведения диагностических исследований, не вошедших в клинические протокола; 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: диагноз отсутствует, неполный или неправильный, не соответствует международной классификации болезней; не выделен ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть течения заболевания, не распознаны сопутствующие заболевания и осложнения;

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

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 (помощи);

4) своевременность и качество консультаций профильных специалистов, которые оцениваются по следующим критериям: отсутствие консультации, приведшее к ошибочной трактовке симптомов и синдромов, отрицательно повлиявших на исход заболевания; консультация своевременная, неприятие во внимание мнения консультанта при

постановке диагноза частично повлияло на исход заболевания;  
консультация своевременная, мнение консультанта учтено при постановке диагноза, невыполнение рекомендации консультанта по лечению частично повлияло на исход заболевания;  
мнение консультанта ошибочное и повлияло на исход заболевания.

Н а л и ч и е подтверждающей документации о проведении оценки объективности причин несвоевременной консультации и влияния несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);  
5) объем, качество и обоснованность проведения лечебных мероприятий, которые оцениваются по следующим критериям:  
отсутствие лечения при наличии показаний;  
назначение лечения при отсутствии показаний;  
назначение малоэффективных лечебных мероприятий без учета особенностей течения заболевания, сопутствующих заболеваний и осложнений;  
выполнение лечебных мероприятий не в полном объеме, без учета функционального состояния органов и систем, назначения лекарственных средств

без доказанной клинической эффективности; необоснованное 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, оцениваются 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:

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

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

отсутствие ожидаемого клинического эффекта вследствие проведения малоэффективных лечебных, профилактических мероприятий без учета особенностей течения заболевания,

	<p>сопутствующих заболеваний, осложнений, назначение лекарственных средств без доказанной клинической эффективности; наличие полипрагмазии, обусловившее развитие нежелательных последствий;</p> <p>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</p>		
20	<p>Наличие документации о соблюдении требований по обеспечению гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи</p>		
	<p>Наличие документации о соблюдении требований оказания хирургической (абдоминальной, торакальной, колопроктологической) помощи пациентам на амбулаторно-поликлиническом уровне</p> <p>1) Наличие записей врачом по специальности "Терапия (терапия подростковая, диетология)", "Скорая и неотложная медицинская помощь", "Общая врачебная практика (семейная медицина)" при обращении пациента с жалобами и симптомами хирургического</p>		

характера в организацию здравоохранения, оказывающую ПМСП, направления на консультацию пациента к профильным специалистам.

2) проведены ли определение показаний к операции, оценка объемов оперативного вмешательства, вида анестезиологического пособия, рисков развития и н т р а и послеоперационных осложнений, получение письменного согласия пациента на проведение операции, при хирургическом лечении н а амбулаторно-поликлиническом уровне (в организациях КДП и стационарозамещающая помощь)

3) Проведено ли наблюдение профильным специалистом поликлиники в послеоперационном периоде за состоянием больных, выписанных из стационара.

4) При длительном лечении больных после хирургического вмешательства проведение профильным специалистом консультации с врачами врачебно-контрольных комиссий и на основании их заключения направления больных на медико-социальную экспертизу (далее – МСЭ) с целью проведения первичного освидетельствования и (или) повторного освидетельствования (переосвидетельствования



	<p>) для определения временной (до 1 года) и стойкой инвалидности.)</p> <p>5) Соблюдение требования к профильному специалисту поликлиники (номерной районной, районной, городской), клиничко-диагностическог о отделения/центра при подозрении и (или) установлении диагноза острой хирургической патологии обеспечения в ы з о в а и транспортировки пациента бригадой скорой медицинской помощи в стационар с круглосуточным медицинским наблюдением, оказывающий ургентную хирургическую помощь; при нестабильной гемодинамике и угрожающем жизни пациента состоянии - в ближайший стационар</p> <p>б) соблюдение требований проведения экспертизы временной нетрудоспособности</p>		
22	<p>Наличие документации о соблюдении требований организациями первичной медико-санитарной помощи по динамическому наблюдению лиц с хроническими заболеваниями, соответствие периодичности и сроков наблюдения, обязательного минимума и кратности диагностических исследований</p>		

23	Наличие документации о соблюдении требований к активному посещению пациента на дому сотрудниками ПМСП		
24	<p>Наличие документации о соблюдении требований к оказанию педиатрической помощи:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) консультативная, диагностическая, лечебно-профилактическая помощь, динамическое наблюдение;</li> <li>2) патронажи и активные посещения беременных, новорожденных и детей раннего возраста по универсально-прогрессивной модели патронажной службы;</li> <li>3) планирование, организация и проведение вакцинации в соответствии со сроками профилактических прививок;</li> <li>4) направление детей на консультации к профильным специалистам при наличии показаний;</li> <li>5) выявление острых и хронических заболеваний, своевременное проведение экстренных и плановых лечебных мероприятий;</li> <li>6) направление детей в круглосуточный стационар, дневной стационар и организация стационара на дому при наличии показаний;</li> <li>7) динамическое наблюдение за детьми с хроническими заболеваниями, состоящими на диспансерном учете, лечение и оздоровление;</li> </ol>		

8) восстановительное лечение и медицинская реабилитация детям;  
9) проведение скрининга новорожденных и детей раннего возраста;  
10) организация оздоровления детей перед поступлением их в дошкольные или школьные учреждения;  
11) информационная работа с родителями и членами семей или с законными представителями по вопросам рационального питания, профилактики детских болезней и формирования здорового образа жизни.

Наличие документации о соблюдении требований к оказанию травматологической и ортопедической помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне  
1) оценка врачом – травматологом общего состояния пациента, его травматолого-ортопедического статуса, оказание медицинской помощи в неотложной форме, проведение дополнительных лабораторных и инструментальных исследований для уточнения диагноза и при медицинских показаниях в случаях, требующих оказания медицинской помощи в стационарных условиях, направления пациента в соответствующие отделения, в которых оказывается специализированная

медицинская помощь по травматолого-ортопедическому профилю.

2) При отсутствии медицинских показаний к госпитализации пациенту с травмами КМС проведение консультации по дальнейшему наблюдению и лечению в амбулаторных условиях по месту прикрепления.

3) Медицинская помощь по травматологическому и ортопедическому профилю в организациях ПМСП оказывается врачами-хирургами, врачами травматологами-ортопедами.

4) наличие кабинетов травматологии и ортопедии, травмпунктах и проведение: осмотра и оценки тяжести состояния пациента, его травматолого-ортопедического статуса, проведение дополнительных лабораторных и инструментальных исследований для уточнения диагноза и лечения (обезболивание, первичная хирургическая обработка ран, закрытая репозиция костных отломков, иммобилизация).

5) осуществление экспертизы временной нетрудоспособности

6) наличие ВКК и направление пациентов со стойкими признаками нарушения функций опорно-двигательного аппарата и КМС на медико-социальную экспертную комиссию;

Наличие документации о соблюдении требований

оказания  
неврологической помощи  
на  
амбулаторно-поликлиниче-  
ском уровне

1) Оказание КДП  
пациенту с  
неврологическими  
заболеваниями  
осуществляется по  
направлению врача  
ПМСП или другого  
профильного  
специалиста в рамках  
ГОБМП. При отсутствии  
направления от врача  
ПМСП или другого  
профильного  
специалиста, а также при  
обращении по  
инициативе пациентов,  
КДП предоставляется на  
платной основе.

2) Врач ПМСП или  
другой профильный  
специалист осуществляет  
дальнейшее наблюдение  
за пациентом после  
получения  
консультативно-диагност  
ического заключения в  
соответствии с  
рекомендациями врача  
невролога, оказавшего  
КДП

Наличие документации о  
соблюдении требований  
оказания  
нефрологической  
помощи, которая  
включает в себя:

1) осмотр врачом,  
выявление признаков  
поражения почек и  
проведение  
клинико-диагностически  
х исследований по КП  
для определения стадии,  
этиологии и степени  
активности заболеваний;

2) направление пациента  
на оказание  
консультативно-диагност  
ической помощи с

оформлением выписки из медицинской карты амбулаторного пациента по форме № 097/у, с внесением данных в медицинскую информационную систему (далее – МИС);

3) формирование групп риска развития, профилактика прогрессирования и развития осложнений ХБП в зависимости от стадии и нозологических форм, а также учет и динамическое наблюдение пациентов с заболеваниями почек проводится специалистами ПМСП с учетом рекомендаций нефрологов по КП;

4) отбор и направление на госпитализацию в МО для оказания специализированной медицинской помощи и ВТМП с учетом рекомендаций врачей нефрологов и МДГ по КП;

5) динамическое наблюдение за пациентами с поражением почек различного генеза, в том числе в послеоперационном (посттрансплантационном) периоде, включающее мониторинг активности заболевания, контроль и коррекцию иммуносупрессивной терапии;

6) медицинскую реабилитацию пациентов с нефрологическими заболеваниями, ХБП и ОПП, в том числе получающих диализную терапию и перенесших операцию после

трансплантации почки (включая мониторинг концентрации препаратов иммуносупрессивной терапии, профилактику и своевременное выявление инфекционных осложнений);

7) организацию и мониторинг обеспечения пациентов с заболеваниями почек (включая пациентов на ЗПТ) лекарственными средствами для бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан Республики Казахстан с определенными заболеваниями (состояниями)"

8) проведение экспертизы временной нетрудоспособности

9) направление на проведение медико-социальной экспертизы для определения и установления инвалидности

10) регистрацию и регулярное внесение данных пациентов с ХБП 1-5 стадии, ОПП всех стадий по международной классификации ОПП по RIFLE (Райфл): Risk (Риск), Injury (Инжури), Failure (Фэйлз), Lost (Лост), End Stage Renal Disease (Энд Стэйдж Ренал Дизиз) в ИС МО с указанием стадии ХБП для мониторинга, своевременного начала ЗПТ и обеспечения преемственности маршрута пациентов.

При недоступности или отсутствии ИС, регистрация пациентов осуществляется в Электронный регистр ХБП.

Регистрация пациентов с ХБП с 1 по 3а стадиями проводится ежегодно врачами общей практики (семейными врачами), участковыми терапевтами, педиатрами на уровне ПМСП.

Регистрация пациентов с ХБП 3б-5 стадиями проводится врачами нефрологами поликлиники, Кабинета, нефрологического центра .

Наличие документации о соблюдении требований оказания нейрохирургической помощи в амбулаторных условиях

1) Врач ПМСП:

-при обращении пациентов с жалобами и симптомами нейрохирургических заболеваний и травм центральной и периферической нервной системы назначает общеклинические и рентгенологические исследования (по показаниям) и направляет их к нейрохирургу организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь на вторичном уровне для уточнения диагноза и получения консультативно-диагностической помощи.

Направление оформляется в электронной форме в медицинских



информационных системах;

- осуществляет динамическое наблюдение за пациентами с установленным диагнозом нейрохирургических заболеваний по КП и рекомендациями нейрохирурга;
- направляет по показаниям на госпитализацию.

2) Нейрохирургическая помощь в амбулаторных условиях на вторичном уровне оказывается в в и д е консультативно-диагностической помощи и включает в себя:

- 1) осмотр нейрохирурга;
- 2) лабораторное и инструментальное обследование пациента с целью постановки диагноза нейрохирургических заболеваний и травм центральной и периферической нервной системы, дифференциальной диагностики;
- 3) подбор и назначение лечения по выявленному заболеванию по КП;
- 4) направление на госпитализацию по экстренным показаниям для оказания специализированной медицинской помощи, в том числе с применением ВТМУ в стационарных условиях;
- 5) направление на плановую госпитализацию для оказания специализированной медицинской помощи, в

	<p>том числе с применением В Т М У в стационарзамещающих и стационарных условиях ;</p> <p>б) проведение экспертизы временной нетрудоспособности, выдача листа или справки о временной нетрудоспособности</p>		
29	<p>Наличие документации о соблюдении требований оказания неврологической помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне</p> <p>1) Оказание КДП пациенту с неврологическими заболеваниями осуществляется по направлению врача ПМСП или другого профильного специалиста в рамках ГОБМП. При отсутствии направления от врача ПМСП или другого профильного специалиста, а также при обращении по инициативе пациентов, КДП предоставляется на платной основе.</p> <p>2) Врач ПМСП или другой профильный специалист осуществляет дальнейшее наблюдение за пациентом после получения консультативно-диагностического заключения в соответствии с рекомендациями врача невролога, оказавшего КДП.</p>		
30	<p>Обоснованное оформление извещения об экспертном заключении МСЭ, формы № 031/у (наличие данных</p>		

для комплексной оценки состояния организма и степени ограничения жизнедеятельности)		
--	--	--

Должностное (ые) лицо (а) \_\_\_\_\_

должность подпись

\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество (при наличии)

Руководитель субъекта контроля \_\_\_\_\_

должность подпись

\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество (при наличии)

Приложение 4  
к совместному приказу  
Министр национальной экономики  
Республики Казахстан  
от 29 мая 2023 года № 91  
и Министр здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 29 мая 2023 года № 90

Приложение 4  
к совместному приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 15 ноября 2018 года  
№ ҚР ДСМ-32  
и Министра национальной экономики  
Республики Казахстан  
от 15 ноября 2018 года № 70

## Проверочный лист

в сфере качества оказания медицинских услуг

\_\_\_\_\_

в соответствии со статьей 138

\_\_\_\_\_

Предпринимательского кодекса Республики Казахстан в отношении

\_\_\_\_\_

субъектов (объектов), родовспоможения и (или) стационарных организаций,  
имеющих в своем составе родильные отделения и отделения патологии  
новорожденных наименование однородной группы субъектов (объектов) контроля

\_\_\_\_\_

Государственный орган, назначивший проверку/профилактического контроля  
с посещением субъекта (объекта) контроля

\_\_\_\_\_

Акт о назначении проверки/профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) контроля

№, дата

Наименование субъекта (объекта) контроля \_\_\_\_\_

(Индивидуальный идентификационный номер), бизнес-идентификационный номер субъекта (объекта) контроля \_\_\_\_\_

Адрес места нахождения \_\_\_\_\_

№	Перечень требований	Соответствует требованиям	Не соответствует требованиям
1	2	3	4
1	Наличие заключения о соответствии субъекта здравоохранения к предоставлению высокотехнологичной медицинской помощи при оказании организацией высокотехнологических услуг, в том числе экстракорпорального оплодотворения		
2	Н а л и ч и е подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе		
3	Наличие письменного добровольного согласия пациента либо его законного представителя при инвазивных вмешательствах и на проведение		

	лечебно-диагностических мероприятий		
4	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации (карта вызова бригады скорой медицинской помощи форма №085/у, журнал приема и отказов в госпитализации, медицинская карта стационарного пациента форма №001/у), что пребывания бригады ССМП или отделения СМП при организации ПМСП в приемном отделении стационара не превышает 10 минут ( время для передачи пациента врачу приемного отделения) с момента ее прибытия в стационар, за исключением случаев необходимости оказания скорой медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях.</p> <p>После передачи бригадами СМП или отделения СМП при организации ПМСП пациента в приемное отделение стационара медицинская сестра проводит распределение поступающих пациентов (медицинскую сортировку по триаж-системе) на группы, исходя из первоочередности оказания экстренной медицинской помощи.</p> <p>Медицинская сортировка по триаж-системе (далее-медицинская сортировка) проводится непрерывно и преемственно. По завершению оценки, пациенты помечаются цветом одной из категорий сортировки, в</p>		

виде специальной цветной бирки либо цветной ленты.

По медицинской сортировке, выделяют 3 группы пациентов:

первая группа (красная зона) – пациенты, состояние которых представляет непосредственную угрозу жизни или имеющие высокий риск ухудшения и требующие экстренной медицинской помощи;

вторая группа (желтая зона) – пациенты, состояние которых представляет потенциальную угрозу для здоровья или может прогрессировать с развитием ситуации, требующей экстренной медицинской помощи;

третья группа (зеленая зона) – пациенты, состояние которых не представляет непосредственной угрозы для жизни и здоровья и не требует госпитализации

Наличие записи в медицинской документации по определению пациента по группам медицинской сортировки по триаж-системе.

Наличие медицинского заключения, выданного врачом приемного отделения с письменным обоснованием отказа при отсутствии показаний для госпитализации в организацию здравоохранения.

Наличие актива, направленного медицинской сестрой приемного отделения в

	<p>организацию ПМСП по месту прикрепления пациента</p>		
6	<p>Н а л и ч и е подтверждающих записей в медицинской документации о показаний для госпитализации: необходимость оказания доврачебной, квалифицированной, специализированной медицинской помощи, в том числе с применением высокотехнологичных медицинских услуг, с круглосуточным медицинским наблюдением пациентов:</p> <p>1) в плановом порядке – по направлению специалистов ПМСП или другой организации здравоохранения;</p> <p>2) по экстренным показаниям (включая выходные и праздничные дни) - вне зависимости от наличия направления</p>		
7	<p>Наличие записей в медицинской документации о проведении осмотра тяжелых пациентов заведующим отделением в день госпитализации, в последующем – ежедневно. Пациенты, находящиеся в среднетяжелом состоянии, осматриваются не реже одного раза в неделю. Наличие результатов осмотра пациента зарегистрированных в медицинской карте с указанием рекомендаций по дальнейшей тактике ведения пациента с обязательной идентификацией</p>		

	медицинского работника, вносящего записи		
8	Наличие записей в медицинской документации, подтверждающих проведение ежедневного осмотра лечащим врачом пациентов, находящихся в стационаре, кроме выходных и праздничных дней. Наличие соответствующих записей в медицинской карте при осмотре и назначении дежурным врачом дополнительных диагностических и лечебных манипуляций		
9	Наличия обоснования в медицинской карте для динамической оценки состояния больного по клиническим протоколам диагностики и лечения при выявлении факта дополнительного и повторного проведения исследований, проведенных перед госпитализацией в организации ПМСП или другой организации здравоохранения, по медицинским показаниям		
	Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении следующих требований при выдаче листа и справки о временной нетрудоспособности по беременности и родам: - лист или справка о временной нетрудоспособности по беременности и родам выдается медицинским работником (врачом акушером-гинекологом), а при его отсутствии - врачом, совместно с		



заведующим отделением после заключения ВКК с тридцати недель беременности на срок продолжительностью сто двадцать шесть календарных дней ( семьдесят календарных дней до родов и пятьдесят шесть календарных дней после родов) при нормальных родах.

Женщинам, проживающим на территориях, подвергшихся воздействию ядерных испытаний, лист или справка о нетрудоспособности по беременности и родам выдается с двадцати семи недель продолжительностью сто семьдесят календарных дней (девяносто один календарный день до родов и семьдесят девять календарных дней после родов) при нормальных родах;

2) женщинам, временно выехавшим с постоянного места жительства в пределах Республики Казахстан, лист или справка о временной нетрудоспособности по беременности и родам выдается (продлевается) в медицинской организации, где произошли роды или в женской консультации (кабинете) по месту наблюдения согласно выписке (обменной карты) родовспомогательной организации

3) в случае осложненных родов, рождении двух и

более детей, лист или справка о временной нетрудоспособности продлевается дополнительно на четырнадцать календарных дней медицинским работником (врачом акушером-гинекологом), а при его отсутствии - врачом, совместно с заведующим отделением после заключения ВКК по месту наблюдения согласно выписке родовспомогательной организации здравоохранения. В этих случаях общая продолжительность дородового и послеродового отпусков составляет сто сорок календарных дней ( семьдесят календарных дней до родов и семьдесят календарных дней после родов).

Женщинам, проживающим на территориях, подвергшихся воздействию ядерных испытаний, в случае осложненных родов, рождении двух и более детей, лист или справка о временной нетрудоспособности продлевается дополнительно на четырнадцать календарных дней, общая продолжительность дородового и послеродового отпусков составляет сто семьдесят четыре дня ( девяносто один календарный день до родов и девяносто три календарных дня после родов);

4) в случае родов при сроке от двадцати двух до двадцати девяти недель беременности и рождения ребенка с массой тела пятьсот грамм и более, прожившего более семи суток, женщине выдается лист или справка о нетрудоспособности по факту родов на семьдесят календарных дней после родов.

В случае родов при сроке от двадцати двух до двадцати девяти недель беременности и рождения мертвого плода или ребенка с массой тела пятьсот грамм и более, умершего до семи суток жизни, женщине выдается лист или справка о временной нетрудоспособности по факту родов на пятьдесят шесть календарных дней после родов;

5) женщинам, проживающим на территориях, подвергшихся воздействию ядерных испытаний, в случае родов при сроке от двадцати двух до двадцати девяти недель беременности и рождения ребенка с массой тела пятьсот грамм и более, прожившего более семи суток, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается на девяносто три календарных дня после родов.

Женщинам, проживающим на территориях, подвергшихся воздействию ядерных

испытаний, в случае родов при сроке от двадцати двух до двадцати девяти недель беременности и рождения мертвого плода или ребенка с массой тела пятьсот грамм и более, умершего до семи суток жизни, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается на семьдесят девять календарных дней после родов;

6) при обращении женщины в период беременности за листом временной нетрудоспособности отпуск по беременности и родам исчисляется суммарно и предоставляется полностью независимо от числа дней, фактически использованных ею до родов.

При обращении женщины в период после родов за листом временной нетрудоспособности предоставляется только отпуск после родов продолжительностью, предусмотренной настоящим пунктом;

7) при наступлении беременности в период нахождения женщины в оплачиваемом ежегодном трудовом отпуске или отпуске без сохранения заработной платы по уходу за ребенком до достижения им трех лет, лист о временной нетрудоспособности выдается на все дни отпуска по беременности и родам, за исключением случаев, предусмотренных частью

второй подпункта 6) настоящего пункта;

8) в случае смерти матери при родах или в послеродовом периоде, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается лицу, осуществляющему уход за новорожденным;

9) при операции по искусственному прерыванию беременности, лист или справка о временной нетрудоспособности выдается врачом совместно с заведующим отделением на время пребывания в стационаре и амбулаторно-поликлиническом уровне, где производилась операция, а в случае осложнения - на весь период временной нетрудоспособности. При самопроизвольном аборте (выкидыше) выдается лист или справка о временной нетрудоспособности на весь период временной нетрудоспособности;

10) при проведении операции пересадки эмбриона лист или справка о временной нетрудоспособности выдается медицинской организацией, проводившей операцию, со дня подсадки эмбриона до факта установления беременности.

Лицам, усыновившим (удочерившим) новорожденного ребенка (детей), а также биологической матери при суррогатном

	<p>материнстве непосредственно из родильного дома лист или справка о временной нетрудоспособности выдается, со дня усыновления (удочерения ) и до истечения пятидесяти шести календарных дней со дня рождения ребенка</p>		
	<p>Наличие медицинской документации о соблюдении следующих требований при проведении экспертизы временной нетрудоспособности, выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности ( форма №001/у " Медицинская карта стационарного пациента" , форма 052/у " Медицинская карта амбулаторного пациента" , корешки листов о временной нетрудоспособности пациентов, форма № 025/у "Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии", форма № 029/у "Книга регистрации листов о временной нетрудоспособности", форма № 037/у "Справка № _____ о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детскую дошкольную организацию (нужное подчеркнуть)", форма № 038/у "Справка № _____</p>		

о временной нетрудоспособности" и другие):

1) наличие осмотра лица и записи данных о его состоянии здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) пациента, обосновывающей необходимость временного освобождения его от работы;

2) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности в день выписки лиц при стационарном лечении (включая дневные стационары, реабилитационные центры) на весь период стационарного лечения;

3) закрытие листа и справки о временной нетрудоспособности датой выписки из стационара если трудоспособность лиц полностью восстановлена ;

4) продление лицам, продолжающим быть временно нетрудоспособными листа и справки о временной нетрудоспособности на срок, с учетом времени, необходимого для его явки к медицинскому работнику поликлиники или вызова медицинского работника на дом (но не более чем на один календарный день). Лицам, получавшим лечение за пределами региона проживания, учитывается время, необходимое для прибытия к месту его постоянного проживания

(но не более чем на четыре календарных дня)

;

5) выдача справки о временной нетрудоспособности при травмах, полученных в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также при острой алкогольной или наркотической интоксикации, на весь период временной нетрудоспособности;

6) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам, страдающим психическими заболеваниями, при несвоевременном обращении в медицинскую организацию за прошедшие дни по заключению врачебно-консультативной комиссии психоневрологического диспансера или медицинского работника (врача-психиатра) совместно с руководителем медицинской организации;

7) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам, направленным по решению суда на судебно-медицинскую или судебно-психиатрическую экспертизу и признанных нетрудоспособными со дня поступления на экспертизу;

8) выдачи одновременно листа и справки о временной нетрудоспособности



	лицу, совмещающему обучение с работой.		
12	Н а л и ч и е информированного письменного согласия пациента на переливание компонентов крови		
13	Наличие записей в медицинской документации о соблюдении требований к переливанию компонентов крови. Перед переливанием компонентов крови реципиент обследуется на маркеры гемотрансмиссивных инфекций ВИЧ, гепатиты В и С, а после окончания лечения в выписном эпикризе указывается необходимость повторного обследования на ВИЧ и гепатиты В и С по месту жительства. Обследование реципиентов на наличие ВИЧ-инфекции в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи осуществляется в государственных организациях здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции		
	Наличие документации о соблюдении следующих действий при проведении патологоанатомического вскрытия: 1) проведение патологоанатомического вскрытия трупов после констатации врачами биологической смерти, после предоставления медицинской карты стационарного пациента или медицинской карты		

амбулаторного пациента с письменным распоряжением главного врача или его заместителя по медицинской (лечебной) части организации здравоохранения о направлении на патологоанатомическое вскрытие;

2) передача медицинской карты стационарного пациента или медицинской карты амбулаторного пациента с внесенным в нее патологоанатомическим диагнозом в медицинский архив организации здравоохранения не позднее десяти рабочих дней после патологоанатомического вскрытия;

3) проведение клинико-патологоанатомического разбора в случаях смерти пациентов в организациях здравоохранения;

4) организация главным врачом и заведующим патологоанатомического отделения вирусологического (иммунофлюоресцентного) и бактериологического исследования материалов вскрытия трупов в случаях подозрения на инфекционные заболевания;

5) передача в патологоанатомические бюро, централизованные патологоанатомические отделения и патологоанатомические отделения медицинских карт стационарных пациентов на всех

умерших за предшествующие сутки не позднее 10 часов утра дня, следующего после установления факта смерти

6) оформление результатов патологоанатомического вскрытия в виде патологоанатомического диагноза (патологоанатомический диагноз включает: основное заболевание, осложнение основного заболевания, сопутствующее заболевание, комбинированное основное заболевание);

7) оформление: - медицинского свидетельства о смерти (предварительное, окончательное) врачом по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" в день проведения патологоанатомического вскрытия;

- медицинского свидетельства о перинатальной смерти (предварительное, окончательное) врачом по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" в день проведения патологоанатомического вскрытия;

8) оформление результатов вскрытия в виде протокола патологоанатомического исследования;

9) наличие письменного уведомления в судебно-следственные органы для решения вопроса о передаче трупа на судебно-медицинскую

экспертизу при обнаружении признаков насильственной смерти и прекращение проведения патологоанатомического исследования трупа;

10) наличие письменного извещения врача по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" в случае первичного обнаружения во время вскрытия признаков острого инфекционного заболевания, пищевого или производственного отравления, необычной реакции на прививку, а также экстренное извещение в органы государственной санитарно-эпидемиологической службы, сразу же после их выявления;

11) проведение патологоанатомического исследования плаценты:

- при всех заболеваниях новорожденных, выявленных в момент рождения;
- в случаях, подозрительных на гемолитическую болезнь новорожденных;
- при раннем отхождении вод и при грязных водах;
- при заболеваниях матери, протекающих с высокой температурой в последний триместр беременности;
- при явной аномалии развития или прикрепления плаценты;
- при подозрении на наличие врожденных аномалий развития плода;
- ;
- при случаях преэклампсий, эклампсий

12) обязательная регистрация плода массой менее 500 граммов с антропометрическими данными (масса, рост, окружность головы, окружность грудной клетки);

13) установление патологоанатомического вскрытия в зависимости от сложности на следующие категории:

- первая категория;
- вторая категория;
- третья категория;
- четвертая категория;

14) установление врачом по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" категории

патологоанатомического вскрытия и причины расхождения диагнозов при расхождении заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов;

15) наличие подробного анализа с определением профиля и категорий ятрогении во всех случаях ятрогенной патологии, выявленные в результате патологоанатомического вскрытия

Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении следующих требований при организации акушерско-гинекологической помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне:

1) обеспечение ранней постановки на учет беременных, в день

обращения в медицинскую организацию, без учета наличия статуса застрахованности;

2) медицинское обслуживание на дому беременных, родильниц, гинекологических пациентов и группы женщин фертильного возраста (далее – ЖФВ) социального риска, универсальное (обязательное) патронажное наблюдение беременной женщины в сроки до 12 недель и 32 недели беременности

3) диспансерное наблюдение беременных в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода с выделением женщин "по факторам риска";

4) проведение пренатального скрининга - комплексного обследования беременных женщин с целью выявления группы риска по хромосомной патологии и врожденным порокам развития внутриутробного плода;

5) выявление беременных, нуждающихся в своевременной госпитализации в дневные стационары, отделения патологии беременности медицинских организаций стационарного уровня, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь, профильные медицинские организации с

экстрагенитальной патологией, с соблюдением принципов регионализации перинатальной помощи;

6) направление беременных, рожениц и родильниц для получения специализированной помощи с медицинским наблюдением, в том числе с применением высокотехнологичных медицинских услуг в медицинские организации республиканского уровня ;

7) проведение дородового обучения беременных по подготовке к родам, в том числе к партнерским родам, информирование беременных о тревожных признаках, об эффективных перинатальных технологиях, принципах безопасного материнства, грудного вскармливания и перинатального ухода;

8) проведение патронажа беременных и родильниц по показаниям;

9) консультирование и оказание услуг по вопросам планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья;

10) профилактика и выявление инфекций, передаваемых половым путем для направления к профильным специалистам;

11) обследование женщин фертильного возраста с назначением, при необходимости углубленного обследования с использованием

дополнительных методов и привлечением профильных специалистов для своевременного выявления экстрагенитальной, гинекологической патологии и взятия их на диспансерный учет;

12) организация и проведение профилактических осмотров женского населения с целью раннего выявления экстрагенитальных заболеваний;

13) обследование и лечение гинекологических пациентов с использованием современных медицинских технологий;

14) диспансеризации гинекологических больных, включая реабилитацию и санаторно-курортное лечение;

15) выполнение малых гинекологических операций с использованием современных медицинских технологий;

16) проведение экспертизы о временной нетрудоспособности по беременности, родам и гинекологическим заболеваниям, определение необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, направления на медико-социальную экспертизу женщин с



	<p>признаками стойкой утраты трудоспособности ;</p> <p>17) двухкратное обследование в течение беременности на ВИЧ-инфекцию с оформлением информированного согласия пациентки с фиксированием данных</p>		
16	<p>Использование половых клеток, тканей репродуктивных органов реципиентом, состоящим (состоящей) в браке (супружестве), осуществляется с письменного согласия обоих супругов.</p>		
17	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о рождении 10 (десяти) детей от одного донора 6 который является основанием для прекращения использования этого донора для реципиентов.</p>		
18	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о проведение донорства половых клеток, тканей репродуктивных органов у донора при соблюдении следующих условий:</p> <p>1) донор свободно и сознательно в письменной форме выражает информированное согласие на проведение донорства половых клеток, тканей репродуктивных органов;</p> <p>2) донор ооцитов информируется в письменной форме об осложнениях для ее здоровья в связи с предстоящим</p>		

	<p>оперативным вмешательством;</p> <p>3) донор проходит медико-генетическое обследование и имеется заключение врача-репродуктолога или врача-уроandroлога о возможности проведения донорства половых клеток, тканей репродуктивных органов.</p>		
19	<p>Донорство ооцитов осуществляется при наличии письменного информированного согласия донора на проведение индукции суперовуляции либо в естественном цикле с соблюдением требований к донорам половых клеток, тканей репродуктивных органов и доноры ооцитов проходят медико-генетические обследования</p>		
	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о проведении экстракорпорального оплодотворения (далее – ЭКО) с использованием донорских ооцитов проводится по показаниям:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Отсутствие ооцитов, обусловленное естественной менопаузой</li> <li>2. Синдром преждевременного истощения яичников, синдром резистентных яичников, состояние после овариоэктомии, радиотерапии или химиотерапии.</li> <li>3. Аномалии развития половых органов, отсутствие яичников.</li> </ol>		

20	<p>4. Функциональная неполноценность ооцитов у женщин с наследственными заболеваниями, сцепленными с полом.</p> <p>5. Неудачные повторные попытки экстракорпорального оплодотворения при недостаточном ответе яичников на индукцию суперовуляции, неоднократном получении эмбрионов низкого качества, перенос которых не приводил к наступлению беременности.</p> <p>6. Резус - конфликт между мужчины и женщины.</p> <p>7. Аномалии в кариотипе у женщины.</p> <p>8. Близкородственные ( кровнородственные) браки с рождением детей с пороками развития.</p> <p>9. Соматические заболевания, при которых противопоказана стимуляция яичников.</p>		
21	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о проведении врачом акушер-гинекологом ( репродуктологом) работы с донорами, медицинский осмотр донора перед каждой процедурой забора донорского материала, осуществляет контроль своевременности проведения и результатов лабораторных исследований в соответствии с календарным планом обследования.</p>		
	<p>Н а л и ч и е подтверждающей</p>		

22

документации о проведении донорства ооцитов по следующему алгоритму:

- 1) выбор донора ооцитов (по индивидуальным критериям отбора и предпочтениям реципиента);
- 2) обследование донора и реципиента;
- 3) синхронизация менструальных циклов у донора и реципиента с помощью медикаментов в случае переноса эмбрионов в полость матки реципиента в стимулированном цикле донора;
- 4) в процедуре переноса криоконсервированных эмбрионов синхронизация циклов не проводится;
- 5) процедура забора ооцитов для использования реципиентам или криоконсервация для банка половых клеток.

23

Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований по отказу в ЭКО с использованием донорских ооцитов при следующих противопоказаниях:

1. Соматические и психические заболевания, являющиеся противопоказаниями для вынашивания беременности и родов.
2. Врожденные пороки развития или приобретенные деформации полости матки, при которых невозможна имплантация эмбрионов или

вынашивание беременности.

3. Опухоли яичников.

4. Доброкачественные опухоли матки, требующие оперативного лечения.

5. Острые воспалительные заболевания любой локализации.

6. Злокачественные новообразования любой локализации

Н а л и ч и е подтверждающей документации об использовании донорской спермы при проведении вспомогательных репродуктивных методов и технологий (далее - ВРТ). Перед сдачей спермы требуется половое воздержание в течение 3-5 дней. Получение спермы осуществляется путем мастурбации. Эякулят собирают в специальную стерильную, предварительно промаркированную емкость. Данная процедура проводится в специальном помещении, имеющем отдельный вход, соответствующий интерьер, санитарный узел с умывальником. При отсутствии донорской спермы в медицинской организации, либо по желанию пациента, используется донорская сперма из других организаций, имеющих банк донорской спермы. Применяется только криоконсервированная донорская сперма после получения повторных (

через 6 месяцев после криоконсервации) отрицательных результатов анализов на ВИЧ, сифилис и гепатиты В и С.

Применение криоконсервированной (размороженной) спермы обеспечивает:

1) проведение мероприятий по профилактике передачи ВИЧ, сифилиса, гепатита и других инфекций, передающихся половым путем;

2) исключение возможности встречи донора и реципиента.

Требования, предъявляемые к донорской сперме:

1) объем эякулята более 1,5 миллилитров (далее - мл);

2) концентрация сперматозоидов в 1 мл эякулята 15 миллионов и более; общее количество сперматозоидов во всем эякуляте 22,5 миллионов и более;

3) доля прогрессивно-подвижных форм (А+В) 32% и более;

4) доля морфологически-нормальных форм 4% и более (по строгим критериям Крюгера 14% и более);

5) криотолерантность;

6) тест, определяющий иммунокомпетентные тела поверхности сперматозоида (МАР-тест) – по показаниям.

ЭКО с использованием донорской спермы проводится по показаниям

25	<p>1. Азооспермия, олигоастенозооспермия тяжелой степени, некроспермия, акинозооспермия, глобулозооспермия.</p> <p>2. Состояние после радиотерапии или химиотерапии.</p> <p>3. Аномалии развития репродуктивной системы.</p> <p>4. Отсутствие или функциональная неполноценность сперматозоидов у мужчин с наследственными заболеваниями, сцепленными с полом.</p> <p>5. Неудачные повторные попытки экстракорпорального оплодотворения при высоком индексе фрагментации ДНК (дезоксирибонуклеиновой кислоты) сперматозоидов и неоднократном получении эмбрионов низкого качества, перенос которых не приводил к наступлению беременности.</p> <p>6. Резус - конфликт между мужчины и женщины.</p> <p>7. Аномалии в кариотипе у мужчины.</p>		
26	<p>Индивидуальная карта донора заполняется и кодируется врачом. Схема кодирования – свободная. Заявление донора и его индивидуальная карта хранятся в сейфе, как документы для служебного пользования.</p>		
	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о проведении работы с д о н о р а м и</p>		

врачом-уроандрологом и врачом-эмбриологом. Врач организует проведение медицинских осмотров донора, осуществляет контроль своевременности проведения и результатов лабораторных исследований в соответствии с календарным планом обследования. Врач-эмбриолог производит криоконсервацию и размораживание спермы, оценивает качество спермы до и после криоконсервации, обеспечивает необходимый режим хранения спермы, ведет учет материала. Регистрация донорской спермы осуществляется в журнале поступления донорской спермы и в карте прихода-расхода спермы донора.

Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований, о том, что донорами эмбрионов являются пациенты процедуры ЭКО, у которых остаются в б а н к е неиспользованные криоконсервированные эмбрионы. По свободному решению и письменному информированному согласию пациентов, эти эмбрионы утилизируются, либо безвозмездно передаются медицинской организации. Переданные в медицинскую организацию эмбрионы используются для безвозмездной донации



бесплодной супружеской паре, женщинам (реципиентам), не состоящим в браке (супружестве).

Эмбрионы для донации также получают в результате оплодотворения донорских ооцитов спермой донора.

Пациенты информируются о том, что результативность процедуры с использованием оставшихся криоконсервированных эмбрионов пациентов процедуры ЭКО ниже, чем при использовании эмбрионов, полученных от донорских половых клеток. Реципиентам предоставляют фенотипический портрет доноров.

ЭКО с использованием донорских эмбрионов проводится по показаниям:

1. Отсутствие ооцитов.
2. Неблагоприятный медико-генетический прогноз.
3. Неоднократное получение (более трех раз) эмбрионов низкого качества, перенос которых не приводил к наступлению беременности.
4. Невозможность получения или использования спермы, состоящих в браке (супружестве).

Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований проведения вспомогательных

	репродуктивных методов и технологий		
30	<p>Н а л и ч и я подтверждающей документации выполнения следующих функции при оказании средними медицинскими работниками (акушеры, фельдшеры, медицинские сестры/братья) доврачебной помощи женщинам во время и вне беременности:</p> <p>1) самостоятельный прием и медицинский осмотр с целью определения состояния здоровья пациента, выявления заболеваний и осложнений беременности</p> <p>2) внесение данных в подсистему "Регистр беременных и женщин фертильного возраста" электронного портала "Регистр прикрепленного населения" с целью автоматизированного ведения групп беременных и женщин фертильного возраста (далее – ЖФВ) и мониторинга показателей состояния здоровья беременных и ЖФВ;</p> <p>3) оказание неотложной и экстренной доврачебной медицинской помощи беременным, роженицам и женщинам фертильного возраста при состояниях, угрожающих жизни и здоровью женщины по клиническими протоколами диагностики и лечения;</p> <p>4) динамическое наблюдение за беременными с хроническими заболеваниями совместно</p>		

с участковыми врачами и профильными специалистами;

5) выполнение назначений врача акушер-гинеколога;

6) ведение физиологической беременности и патронаж беременных и родильниц со своевременным предоставлением направлений и рекомендаций по клиническим протоколам диагностики и лечения;

7) медицинское обслуживание на дому беременных, родильниц, гинекологических больных и группы ЖФВ социального риска;

8) проведение профилактического медицинского осмотра женщин с целью раннего выявления предопухолевых и раковых заболеваний женских половых органов и других локализаций (кожи, молочных желез);

9) проведение медицинского сестринского осмотра женщин всех возрастных групп, обратившихся за медицинской помощью;

10) участие в проведении скрининговых и профилактических осмотров для выявления заболеваний

Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении следующих требований при организации оказания акушерско-гинекологической помощи на стационарном уровне:

- 1) оказание стационарной консультативно-диагностической, лечебно-профилактической и реабилитационной помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным;
- 2) проведение совместного осмотра лечащего врача с заведующим отделения при поступлении беременных женщин до 36 недель беременности, страдающих хроническими заболеваниями, нуждающихся в лечении в специализированных отделениях многопрофильных стационаров, для оценки тяжести течения заболевания, течения беременности и тактики лечения.
- 3) составление плана ведения беременности, родов и послеродового периода с учетом индивидуального подхода;
- 4) ведение беременности, родов и послеродового периода по клиническим протоколам диагностики и лечения, а также по плану ведения;
- 5) проведение консультирования беременных, рожениц и родильниц, осуществление контроля по соблюдению уровня оказания медицинской помощи;
- 6) проведение реабилитационных мероприятий матерям и новорожденным, в том числе уход за недоношенными новорожденными;

- 7) консультации по оказанию медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным с использованием телекоммуникационных систем;
- 8) осуществление экспертизы о временной нетрудоспособности, выдачи листа и справки временной нетрудоспособности по беременности и родам, гинекологическим больным;
- 9) оказание реанимационной помощи и интенсивной терапии матерям и новорожденным, в том числе с низкой и экстремально низкой массой тела;
- 10) осуществление медико-психологической помощи женщинам;
- 11) оповещение медицинских организаций более высокого уровня регионализации перинатальной помощи и местных органов государственного управления здравоохранением при выявлении в период поступления или нахождения в стационаре у беременной, роженицы, родильницы критического состояния;
- 12) соблюдение схемы оповещения в случае возникновения критических ситуаций у женщин;
- 13) транспортировка беременных, родильниц, рожениц в критическом состоянии на третий уровень перинатальной

помощи, в областные и республиканские организации здравоохранения осуществляется по решению консилиума врачей с участием специалистов медицинской бригады медицинской авиации после восстановления гемодинамики и стабилизации жизненно важных функций с уведомлением принимающей медицинской организации;

14) при нетранспортабельном состоянии беременных, рожениц, родильниц осуществление вызова квалифицированных специалистов "на себя", оказание комплекса первичной реанимационной помощи при возникновении неотложных состояний, диагностика угрожающих состояний у матери и плода, решение вопроса о родоразрешении, проведение интенсивной и поддерживающей терапии до перевода на более высокий уровень

Оказание медицинской помощи новорожденным

Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении следующих требований при организации оказания медицинской помощи новорожденным на стационарном уровне:

1) оказание медицинской помощи новорожденным по уровням регионализации

перинатальной помощи в зависимости от показаний;

2) наличие в структуре организаций стационаров первого уровня регионализации перинатальной помощи: индивидуальных родильных палат, отделения для совместного пребывания матери и ребенка, прививочный кабинет, палаты интенсивной терапии для новорожденных, а также предусмотренные штатным расписанием ставка врача по специальности " Педиатрия (неонатология )" и круглосуточный пост неонатальной медицинской сестры;

3) наличие в стационарах второго уровня регионализации палат реанимации и интенсивной терапии новорожденных с полным набором для реанимации, аппаратами искусственной вентиляции легких с различными режимами вентиляции (постоянное положительное давление в дыхательных путях), кувезами, клиничко-диагностическо й лабораторией, а также предусмотренного штатным расписанием круглосуточным постом ( врач неонатолог и детская медицинская сестра);

4) Соблюдение в стационарах третьего уровня регионализации перинатальной помощи следующих требований:

наличие круглосуточного неонатального поста, клинической, биохимической и бактериологической лаборатории, отделения реанимации и интенсивной терапии для женщин и новорожденных, а также отделения патологии новорожденных и выхаживания недоношенных совместного пребывания с матерью.

наличие отделения интенсивной терапии новорожденных, отделения патологии новорожденных и выхаживания недоношенных, оснащенные современным лечебно-диагностическим оборудованием, лекарственными препаратами, круглосуточным постом (врачебный и сестринский), экспресс-лабораторией.

5) Соблюдение в стационарах первого уровня больному новорожденному следующих требований:  
первичная реанимационная помощь;  
интенсивная и поддерживающая терапия;  
оксигенотерапия;  
инвазивная или неинвазивная респираторная терапия;  
фототерапия;  
лечебная гипотермия;  
инфузионная терапия и/или парентеральное питание;



лечение по клиническим протоколам диагностики и лечения.

Соблюдение в стационарах второго уровня больному новорожденному следующих требований: оказание первичной реанимационной помощи новорожденному и стабилизация состояния, выхаживание недоношенных детей с сроком гестации более 34 недель;

катетеризация центральных вен и периферических сосудов; выявление и лечение врожденных пороков, задержки внутриутробного развития, гипогликемии новорожденных, гипербилирубинемии, неонатального сепсиса, поражения центральной нервной системы, респираторного дистресс-синдрома, пневмоторакса, некротического энтероколита и других патологических состояний неонатального периода;

проведение интенсивной терапии, включающую коррекцию жизненно важных функций (дыхательной, сердечно-сосудистой, метаболических нарушений), инвазивной и неинвазивной респираторной терапии, инфузионной терапии и парентерального питания;

при необходимости оказания высокоспециализированной помощи определяется

	<p>степень готовности к транспортировке с матерью в организацию родовспоможения третьего уровня или учреждение республиканского значения</p>		
<p>33</p>	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований оказания медицинской помощи новорожденным в медицинских организациях третьего уровня:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) оказание первичной реанимации новорожденным и уход за новорожденными</li> <li>2) проведение интенсивной и поддерживающей терапии: респираторной терапии, катетеризацию центральных вен и периферических сосудов, терапевтической гипотермии, парентерального питания , выхаживание недоношенных детей;</li> <li>3) диагностику и лечение врожденных пороков, задержки внутриутробного развития плода (малый вес к сроку гестации), гипогликемии новорожденных, неонатального сепсиса, респираторного дистресс-синдрома, гипербилирубинемии, некротического энтероколита, пневмоторакса, бронхолегочной дисплазии, персистирующей легочной гипертензии новорожденных, перинатальных</li> </ol>		

	<p>поражений центральной нервной системы и других патологических состояний неонатального периода;</p> <p>4) проведение интенсивной и поддерживающей терапии, терапевтической гипотермии, парентерального питания ;</p> <p>5) проведение инвазивной и не инвазивной респираторной терапии;</p> <p>6) выхаживание недоношенных детей;</p> <p>7) оказание круглосуточной консультативной и лечебно-диагностической помощи специалистам первого и второго уровня регионализации, оказание экстренной и неотложной медицинской помощи с выездом в медицинскую организацию</p>		
34	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований по обеспечению здоровому новорожденному основного ухода, включающий профилактику гипотермии с соблюдением "тепловой цепочки", кожный контакт с матерью или контакт "кожа-к-коже", раннее начало грудного вскармливания в течение первого часа (при наличии признаков готовности младенца), профилактика внутрибольничных инфекций</p>		

35	Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований проведения антропометрии здорового новорожденного, его полный осмотр и другие мероприятия через 2 часа после родов		
36	Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдение требований оказания неотложной медицинской помощи при выявлении нарушений состояния новорожденного, по показаниям перевод в палату интенсивной терапии или отделение реанимации новорожденных		
37	Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований по наблюдению за матерью и здоровым новорожденным в родильной палате акушером в течение двух часов после рождения: 1) измерение температуры тела у новорожденного через 15 минут после рождения, затем – каждые 30 минут; 2) наблюдение у новорожденного за частотой сердцебиения и дыхания, характером дыхания (выявление экспираторного стона, оценка степени втяжения нижних отделов грудной клетки), окраской кожных покровов, активностью сосательного рефлекса,		

	при необходимости определяет сатурацию пульсоксиметром		
38	Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении перевода через 2 часа после рождения здорового новорожденного с матерью в отделение совместного пребывания матери и ребенка		
39	Н а л и ч и е подтверждающей документации о круглосуточном наблюдении медицинским персоналом и постоянное участие матери в осуществлении ухода за ребенком, за исключением случаев состояний матери средней и тяжелой степеней тяжести в послеродовом отделении в палатах совместного пребывания матери и ребенка		
40	Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований по динамическому наблюдению за новорожденным со своевременным выявлением нарушений состояния новорожденного, проведением необходимого обследования, осмотром заведующим отделением, организация консилиума для уточнения тактики ведения. Оказание по показаниям неотложной медицинской помощи, своевременный перевод в палату интенсивной терапии или отделение		

	реанимации новорожденных		
41	<p>Соблюдение требований к медицинским работникам в палатах совместного пребывания матери и ребенка:</p> <p>1) наличие записи в медицинских документах о проведенных консультациях о преимуществах грудного вскармливания, о технике и кратности сцеживания грудного молока ручным способом, проведение визуальной оценки грудного вскармливания для предоставления практической помощи в правильном расположении и прикладывании ребенка к груди матери во избежание таких состояний как трещины сосков или лактостаз;</p> <p>2) наличие записи в медицинских документах об обучении матери (родителя или законного представителя) альтернативным методам кормления детей при наличии противопоказаний к грудному вскармливанию ; консультации родильниц как поддерживать лактацию в случаях отдельного пребывания новорожденных</p>		
42	Наличие записи в медицинской документации об ежедневном осмотре новорожденных врачом-неонатологом, консультации матерей по вопросам ухода,		

	профилактики гипотермии и вакцинации		
43	Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований по организации консультации профильными специалистами, с проведением лечебно-диагностических мероприятий и предоставлением матери рекомендаций по обследованию, лечению и реабилитации при наличии трех и более микроаномалий развития или выявлении врожденной патологии новорожденных		
44	Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований оказания медицинской помощи в случае возникновения неотложных состояний у новорожденного ( асфиксия, респираторный дистресс-синдром и другие) стабилизация его состояния и определение степени готовности к транспортировке с матерью в организацию родовспоможения второго или третьего уровней		
45	Н а л и ч и е подтверждающей документации о проведении вакцинации новорожденных на основании добровольного информированного согласия родителей ( матери, отца или законных представителей		

	<p>) на проведение профилактических прививок в сроки проведения профилактических прививок в Республике Казахстан.</p>		
46	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований проведения всем новорожденным перед выпиской неонатального скрининга с целью выявления фенилкетонурии, врожденного гипотиреоза и аудиологический скрининг</p>		
47	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований проведения врачом неонатологом оценки тяжести состояния, стабилизации состояния, оценка степени готовности к транспортировке при возникновении неотложных состояний у новорожденного, и организация его перевода с матерью (по согласованию с акушером-гинекологом) в медицинскую организацию второго или третьего уровня</p>		
	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований при подозрении и (или) выявлении у новорожденного острой хирургической патологии , в экстренном порядке проведения консультации врача по специальности " Детская хирургия (</p>		



48	<p>неонатальная хирургия)". После стабилизации показателей витальных функций новорожденный наличие перевода в хирургическое отделение другой медицинской организации (детской или многопрофильной больницы) или в неонатальное (или детское) хирургическое отделение при его наличии в структуре медицинской организации родовспоможения для оказания ему соответствующей специализированной медицинской помощи</p>		
49	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований по переводу в стационар педиатрического профиля доношенных новорожденных после достижения возраста 28 суток или недоношенных новорожденных после достижения постконцептуального возраста 42 недели, нуждающихся в дальнейшем круглосуточном медицинском наблюдении</p>		
50	<p>Наличие обязательного патологоанатомического исследования плода и плаценты при прерывании беременности по медицинским показаниям при подозрении на наличие врожденных аномалий развития у плода</p>		
	<p>Наличие документации о проведении</p>		

51	<p>клинико-патологоанатомического разбора всех случаев материнской и младенческой смерти после завершения всего комплекса патологоанатомических исследований</p>		
52	<p>Наличие договора на оказание платных медицинских услуг в организациях здравоохранения. Наличие документов, устанавливающих факт сооплаты</p>		
53	<p>Наличие медицинской документации о проведении консультации детского кардиолога (кардиохирурга) при выявлении врожденного порока развития сердечно-сосудистой системы в организациях родовспоможения, и при наличии медицинских показаний перевод новорожденного в профильный стационар</p>		
54	<p>Наличие медицинской документации об использовании возможностей консультирования с профильными республиканскими организациями, посредством телемедицинской сети при сложности в верификации диагноза ребенка, определения тактики ведения. При необходимости осуществления перевода ребенка в профильные республиканские организации.</p>		
	<p>Наличие документации (внутренние приказы, положения, протоколы, анкеты, аналитические</p>		

справки) о проведении клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям:

1) качество сбора анамнеза, которое оценивается по следующим критериям:  
отсутствие сбора анамнеза;  
полнота сбора анамнеза;  
наличие данных о перенесенных, хронических и наследственных заболеваниях, проведенных гемотрансфузиях, переносимости лекарственных препаратов, аллергологический статус;  
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:  
отсутствие диагностических мероприятий;  
неправильное заключение или отсутствие заключения по результатам проведенных диагностических исследований, приведшие к

неправильной постановке диагноза и ошибкам в тактике лечения;

проведение диагностических исследований, предусмотренных клиническими протоколами;

проведение диагностических исследований с высоким, неоправданным риском для состояния здоровья пациента,

обоснованность проведения диагностических исследований, не вошедших в клинические протокола;

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: диагноз отсутствует, неполный или неправильный, не соответствует международной классификации болезней; не выделен ведущий патологический синдром,

определяющий тяжесть течения заболевания, не распознаны сопутствующие заболевания и осложнения;

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

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 (помощи);

4) своевременность и качество консультаций профильных специалистов, которые оцениваются по следующим критериям: отсутствие консультации, приведшее к ошибочной трактовке симптомов и синдромов, отрицательно повлиявших на исход заболевания;

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

консультация  
своевременная, мнение  
консультанта учтено при  
постановке диагноза,  
невыполнение  
рекомендации  
консультанта по лечению  
частично повлияло на  
исход заболевания;  
мнение консультанта  
ошибочное и повлияло на  
исход заболевания.

Н а л и ч и е  
подтверждающей  
документации о  
проведении оценки  
объективности причин  
несвоевременной  
консультации и влияния  
несвоевременной  
постановки диагноза на  
последующие этапы  
оказания медицинских  
услуг (помощи);  
5) объем, качество и  
обоснованность  
проведения лечебных  
мероприятий, которые  
оцениваются по  
следующим критериям:  
отсутствие лечения при  
наличии показаний;  
назначение лечения при  
отсутствии показаний;  
назначение  
малоэффективных  
лечебных мероприятий  
без учета особенностей  
течения заболевания,  
сопутствующих  
заболеваний и  
осложнений;  
выполнение лечебных  
мероприятий не в полном  
объеме, без учета  
функционального  
состояния органов и

систем, назначения лекарственных средств без доказанной клинической эффективности; необоснованное отклонение от требований клинических протоколов, наличие полипрагмазии, приведшее к развитию нового патологического синдрома и ухудшению состояния пациента;

6) отсутствие или развитие осложнений после медицинских вмешательств, оцениваются 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: достижение ожидаемого клинического эффекта при соблюдении технологии оказания медицинских услуг (помощи); отсутствие клинического эффекта лечебных и профилактических мероприятий вследствие некачественного сбора анамнеза и проведения диагностических исследований; 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; 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		
---	--	--

Должностное (ые) лицо (а) \_\_\_\_\_

должность подпись

\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество (при наличии)

Руководитель субъекта контроля \_\_\_\_\_

должность подпись

\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество (при наличии)

Приложение 5  
к совместному приказу  
Министр национальной экономики  
Республики Казахстан  
от 29 мая 2023 года № 91  
и Министр здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 29 мая 2023 года № 90

Приложение 5  
к совместному приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 15 ноября 2018 года  
№ ҚР ДСМ-32  
и Министра национальной экономики



## Проверочный лист

в сфере качества оказания медицинских услуг

в соответствии со статьей 138

Предпринимательского кодекса Республики Казахстан в отношении

субъектов (объектов), оказывающих кардиологическую, кардиохирургическую помощь  
наименование однородной группы субъектов (объектов) контроля

Государственный орган, назначивший проверку/профилактического контроля  
с посещением субъекта (объекта) контроля

Акт о назначении проверки/профилактического контроля с посещением субъекта  
(объекта) контроля

№, дата  
Наименование субъекта (объекта) контроля \_\_\_\_\_

(Индивидуальный идентификационный номер), бизнес-идентификационный номер  
субъекта (объекта) контроля \_\_\_\_\_

Адрес места нахождения \_\_\_\_\_

№	Перечень требований	Соответствует требованиям	Не соответствует требованиям
1	2	3	4
1.	Н а л и ч и е подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального		

	<p>медицинского страхования на бесплатной основе</p>		
2.	<p>Наличие медицинской документации о соответствии проведенных лечебных и диагностических мероприятий с рекомендациями клинических протоколов</p>		
3.	<p>Наличие письменного добровольного согласия пациента либо его законного представителя при инвазивных вмешательствах и на проведение лечебно-диагностических мероприятий</p>		
	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации (карта вызова бригады скорой медицинской помощи форма №085/у, журнал приема и отказов в госпитализации, медицинская карта стационарного пациента форма № 001/у), что пребывания бригады ССМП или отделения СМП при организации ПМСП в приемном отделении стационара не превышает 10 минут ( время для передачи пациента врачу приемного отделения) с момента ее прибытия в стационар, за исключением случаев необходимости оказания скорой медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях.</p> <p>После передачи бригадами СМП или отделения СМП при организации ПМСП пациента в приемное отделение стационара</p>		

4.

медицинская сестра проводит распределение поступающих пациентов (медицинскую сортировку по триаж-системе) на группы, исходя из первоочередности оказания экстренной медицинской помощи. Медицинская сортировка по триаж-системе (далее-медицинская сортировка) проводится непрерывно и преемственно. По завершению оценки, пациенты помечаются цветом одной из категорий сортировки, в виде специальной цветной бирки либо цветной ленты.

По медицинской сортировке, выделяют 3 группы пациентов:

первая группа (красная зона) – пациенты, состояние которых представляет непосредственную угрозу жизни или имеющие высокий риск ухудшения и требующие экстренной медицинской помощи;

вторая группа (желтая зона) – пациенты, состояние которых представляет потенциальную угрозу для здоровья или может прогрессировать с развитием ситуации, требующей экстренной медицинской помощи;

третья группа (зеленая зона) – пациенты, состояние которых не представляет непосредственной угрозы для жизни и здоровья и не требует госпитализации

Наличие записи в медицинской

	документации по определению пациента по группам медицинской сортировки по триаж-системе.		
5.	Наличие документации об обеспечении госпитализации тяжелого пациента, нуждающегося в постоянном мониторинге жизненно важных функций по медицинским показаниям, по решению консилиума и уведомлению руководителей организаций здравоохранения с последующим переводом в другую медицинскую организацию по профилю заболевания для дальнейшего обследования и лечения после стабилизации состояния		
6.	Наличие медицинского заключения с письменным обоснованием отказа при отсутствии показаний для госпитализации в организацию здравоохранения, врач приемного отделения выдает пациенту. Медицинской сестрой приемного отделения направляется актив в организацию ПМСП по месту прикрепления пациента		
	Н а л и ч и е подтверждающей документации о показаниях для госпитализации: необходимость оказания доврачебной, квалифицированной, специализированной медицинской помощи, в		

7.	<p>том числе с применением высокотехнологичных медицинских услуг, с круглосуточным медицинским наблюдением пациентов:</p> <p>1) в плановом порядке – по направлению специалистов ПМСП или другой организации здравоохранения;</p> <p>2) по экстренным показаниям (включая выходные и праздничные дни) - вне зависимости от наличия направления</p>		
8.	<p>Наличие осмотра заведующим отделением тяжелых пациентов в день госпитализации, в последующем – ежедневно. Пациенты, находящиеся в среднетяжелом состоянии, осматриваются не реже одного раза в неделю. Результаты осмотра пациента регистрируются в медицинской карте с указанием рекомендаций по дальнейшей тактике ведения пациента с обязательной идентификацией медицинского работника, вносящего записи</p>		
9.	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации об установлении основного диагноза при экстренных состояниях в течение 24 (двадцати четырех) часов с момента поступления пациента в круглосуточный стационар на основании д а н н ы х клинико-anamnestического обследования, результатов инструментальных и</p>		

	<p>лабораторных методов исследования с занесением в медицинскую карту стационарного пациента по форме № 001/у, у стабильных пациентов - наличие установленного клинического диагноза совместно с заведующим отделением не позднее трех календарных дней со дня госпитализации пациента в организацию здравоохранения</p>		
10.	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о госпитализации в плановом порядке при наличии показателей:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- суточного мониторирования электрокардиограммы;</li> <li>- эргометрического исследования (стресс-тесты, спироэргометрия) на базе тредмила и/или велоэргометра;</li> <li>суточного мониторирования артериального давления;</li> </ul>		
	<p>Наличие документации о проведении в неотложном (круглосуточно, в том числе в выходные и праздничные дни) порядке, в частности:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- лабораторных исследований, необходимых для оценки функционального состояния органов и систем в до- и послеоперационный период;</li> <li>- электрокардиограммы и ее анализ;</li> <li>- эхокардиографии;</li> <li>- гастродуоденоскопии;</li> <li>- бронхоскопии;</li> </ul>		

11.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ультразвукового исследования сосудов;</li> <li>- катетеризации полостей сердца с ангиокардиографией;</li> <li>- микроультрафильтрации и диализа;</li> <li>- альбуминового диализа (с использованием молекулярной адсорбирующей рециркулирующей системы);</li> <li>- экстракорпоральной мембранной оксигенации;</li> <li>- внутриаортальной контрпульсации;</li> <li>- установки электрокардиостимулятора;</li> <li>- рентгенэндоваскулярных методов лечения.</li> </ul>		
12.	<p>Наличие документации о госпитализации в лабораторию катетеризации, минуя приемное отделение, отделение (палата) реанимации и интенсивной терапии при установленном у пациента диагнозе острый коронарный синдром с подъемом сегмента, острый инфаркт миокарда</p>		
	<p>Наличие документации об обеспечении ежедневного осмотра лечащего врача пациентов, находящихся в стационаре кроме выходных и праздничных дней. При осмотре и назначении дежурным врачом дополнительных диагностических и лечебных манипуляций проводятся соответствующие записи</p>		

13.	<p>в медицинской карте. При ухудшении состояния пациента дежурный врач оповещает заведующего отделением и (или) лечащего врача, согласовывает внесение изменений в процесс диагностики и лечения, и делает запись в медицинской карте (бумажный и (или) электронный) вариант.</p> <p>В электронный вариант медицинской карты запись вносится не позднее суток с момента изменения состояния пациента.</p> <p>При неотложных состояниях кратность записей зависит от динамики тяжести состояния. Записи врача стационара отражают конкретные изменения в состоянии пациента и необходимость коррекции назначений, обоснование назначенного обследования и лечения, оценку и интерпретацию полученных результатов и эффективности проводимого лечения. Кратность осмотра при неотложных состояниях не реже каждые 3 часов, с указанием времени оказания неотложной помощи по часам и минутам.</p>		
14.	<p>Наличие документации об оценке сложности оперативных вмешательств при врожденных пороках сердца по Базовой шкала Аристотеля и эффективности операций в кардиохирургическом отделении</p>		



15.

Наличие документации о соответствии оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом и (или) острым инфарктом миокарда по уровням регионализации:

- 1) на первом уровне оказание медицинской помощи организациями скорой медицинской помощи, первичной медико-санитарной помощи, а также организациями, оказывающими стационарную помощь без возможности проведения чрескожных коронарных вмешательств пациентам с острым коронарным синдромом или острым инфарктом миокарда;
- 2) на втором уровне - организациями, оказывающими стационарную помощь с возможностью проведения чрескожных коронарных вмешательств без кардиохирургического отделения;
- 3) на третьем уровне - организациями, оказывающими стационарную помощь и республиканскими медицинскими организациями, с наличием кардиохирургического отделения

Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований при плановой госпитализации:

- 1) наличие направления на госпитализацию в стационар и талона

16.	<p>плановой госпитализации ;</p> <p>2) госпитализация пациента в соответствии с установленной датой плановой госпитализации в направлении;</p> <p>3) наличие проведенных клинико-диагностических (лабораторных, инструментальных и функциональных) исследований и консультаций профильных специалистов соответственно диагнозу</p>		
17.	<p>Наличие заключения консультаций или консилиума при затруднении в идентификации диагноза, неэффективности проводимого лечения, а также при иных показаниях</p>		
18.	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации при госпитализации на стационарном уровне:</p> <p>1) первичного осмотра врачом пациента с целью определения его состояния и установления предварительного диагноза;</p> <p>2) проведения лечебно-диагностических неинвазивных методов тестирования для снижения риска инвазивных исследований;</p> <p>3) подбора и назначения лечения;</p> <p>4) проведения при необходимости консультаций специалистов другого профиля</p>		

19.	<p>Обеспечение выдачи выписного эпикриза пациенту при выписке с указанием полного клинического диагноза, проведенного объема диагностических исследований, лечебных мероприятий и рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению. Данные по выписке заносятся в информационные системы день в день, с указанием фактического времени выписки</p>		
20.	<p>Наличие документации о соблюдении критериев при выписке, в частности :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) общепринятые исходы лечения (выздоровление, улучшение, без перемен, смерть, переведен в другую медицинскую организацию);</li> <li>2) письменное заявление пациента или его законного представителя при отсутствии непосредственной опасности для жизни пациента или для окружающих;</li> <li>3) случаи нарушения внутреннего распорядка организации здравоохранения, а также создание препятствий для лечебно-диагностического процесса, ущемления прав других пациентов на получение надлежащей медицинской помощи (при отсутствии непосредственной угрозы его жизни), о чем делается запись в медицинской карте.</li> </ol>		
	<p>Наличие договора на оказание платных</p>		

21.	<p>медицинских услуг в организациях здравоохранения. Наличие документов, устанавливающих факт сооплаты</p>		
22.	<p>Наличие документации о соблюдении требований к переливанию компонентов крови и в случае развития осложнений: Перед переливанием компонентов крови реципиент обследуется на маркеры гемотрансмиссивных инфекций ВИЧ, гепатиты В и С, а после окончания лечения в выписном эпикризе указывается необходимость повторного обследования на ВИЧ и гепатиты В и С по месту жительства. Обследование реципиентов на наличие ВИЧ-инфекции в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи осуществляется в государственных организациях здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции В медицинскую карту пациента до начала трансфузионной терапии вносятся сведения, касающиеся трансфузионного и акушерского анамнеза: наличие предшествующих переливаний, когда и в связи с чем; имелись ли посттрансфузионные осложнения, беременности, закончившиеся</p>		

рождением детей с гемолитической болезнью новорожденного.  
В случае развития осложнений во время биологической пробы, во время переливания или после него, производится подробная запись (записи) с описанием состояния реципиента, данных мониторинга жизненно важных функций, методов лечения и их эффективности.  
Проводится немедленный лабораторный контроль крови и мочи реципиента.

Наличие обследования лиц по клиническим показаниям на ВИЧ-инфекции при выявлении следующих заболеваний, синдромов и симптомов:  
1) увеличение двух и более лимфатических узлов длительностью более 1 месяца, персистирующая, генерализованная лимфаденопатия;  
2) лихорадка неясной этиологии (постоянная или рецидивирующая длительностью более 1 месяца);  
3) необъяснимая тяжелая кахексия или выраженные нарушения питания, плохо поддающиеся стандартному лечению (у детей), необъяснимая потеря 10% веса и более;  
4) хроническая диарея в течение 14 суток и более (у детей), необъяснимая хроническая диарея длительностью более месяца;

- 5) себорейный дерматит, зудящая папулезная сыпь (у детей);
- 6) ангулярный хейлит;
- 7) рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей (синусит, средний отит, фарингит, трахеит, бронхит);
- 8) опоясывающий лишай;
- 9) л ю б о й диссеминированный эндемический микоз, глубокие микозы (кокцидиоидоз, внелегочный криптококкоз (криптококковый менингит), споротрихоз, аспергиллез, изоспороз, внелегочной гистоплазмоз, стронгилоидоз, актиномикоз);
- 10) туберкулез легочный и внелегочный, в том числе диссеминированная инфекция, вызванная атипичными микобактериями, кроме туберкулеза периферических лимфоузлов;
- 11) волосатая лейкоплакия полости рта, линейная эритема десен;
- 12) тяжелые затяжные рецидивирующие пневмонии и хронические бронхиты, не поддающиеся обычной терапии (кратностью два или более раз в течение года), бессимптомная и клинически выраженная лимфоидная интерстициальная пневмония;
- 13) сепсис, затяжные и рецидивирующие гнойно-бактериальные

23.

заболевания внутренних органов (пневмония, эмпиема плевры, менингит, менингоэнцефалиты, инфекции костей и суставов, гнойный миозит, сальмонеллезная септицемия (кроме *Salmonella typhi*), стоматиты, гингивиты, периодонтиты);

14) пневмоцистная пневмония;

15) инфекции, вызванные вирусом простого герпеса, с поражением внутренних органов и хроническим (длительностью более одного месяца с момента заболевания) поражением кожи и слизистых оболочек, в том числе глаз;

16) кардиомиопатия;

17) нефропатия;

18) энцефалопатия неясной этиологии;

19) прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия;

20) саркома Капоши;

21) новообразования, в том числе лимфома (головного мозга) или В-клеточная лимфома;

22) токсоплазмоз центральной нервной системы;

23) кандидоз пищевода, бронхов, трахеи, легких, слизистых оболочек полости рта и носа;

24) диссеминированная инфекция, вызванная атипичными микобактериями;

25) кахексия неясной этиологии;

26) затяжные рецидивирующие пиодермии, не

поддающиеся обычной терапии;

27) тяжелые хронические воспалительные заболевания женской половой сферы неясной этиологии;

28) инвазивные новообразования женских половых органов;

29) мононуклеоз через 3 месяцев от начала заболевания;

30) инфекции, передающихся половым путем (сифилис, хламидиоз, трихомониаз, гонорея, генитальный герпес, вирусный папилломатоз и другие) с установленным диагнозом;

31) вирусные гепатиты В и С, при подтверждении диагноза;

32) обширные сливные кондиломы;

33) контагиозный моллюск с обширными высыпаниями, гигантский обезображивающий контагиозный моллюск;

34) первичное слабоумие у ранее здоровых лиц;

35) больные гемофилией и другими заболеваниями, систематически получающие переливание крови и ее компонентов;

36) генерализованная цитомегаловирусная инфекция.

Наличие медицинской документации о соблюдении следующих требований при проведении экспертизы временной нетрудоспособности, выдачи листа и справки о временной



нетрудоспособности ( форма №001/у " Медицинская карта стационарного пациента" , форма 052/у " Медицинская карта амбулаторного пациента" , корешки листов о временной нетрудоспособности пациентов, форма № 025/у "Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии", форма № 029/у "Книга регистрации листов о временной нетрудоспособности", форма № 037/у "Справка № \_\_\_\_\_ о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детскую дошкольную организацию (нужное подчеркнуть)", форма № 038/у "Справка № \_\_\_\_\_ о временной нетрудоспособности" и другие):

- 1) наличие осмотра лица и записи данных о его состоянии здоровья в медицинской карте амбулаторного ( стационарного) пациента, обосновывающей необходимость временного освобождения его от работы;
- 2) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности в день выписки лиц при стационарном лечении ( включая дневные

24.

стационары, реабилитационные центры) на весь период стационарного лечения;

3) закрытие листа и справки о временной нетрудоспособности датой выписки из стационара если трудоспособность лиц полностью восстановлена ;

4) продление лицам, продолжающим быть временно нетрудоспособными листа и справки о временной нетрудоспособности на срок, с учетом времени, необходимого для его явки к медицинскому работнику поликлиники или вызова медицинского работника на дом (но не более чем на один календарный день). Лицам, получавшим лечение за пределами региона проживания, учитывается время, необходимое для прибытия к месту его постоянного проживания (но не более чем на четыре календарных дня) ;

5) выдача справки о временной нетрудоспособности при травмах, полученных в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также при острой алкогольной или наркотической интоксикации, на весь период временной нетрудоспособности;

6) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам, страдающим психическими

заболеваниями, при несвоевременном обращении в медицинскую организацию за прошедшие дни по заключению врачебно-консультативной комиссии психоневрологического диспансера или медицинского работника (врача-психиатра) совместно с руководителем медицинской организации;

7) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам, направленным по решению суда на судебно-медицинскую и л и судебно-психиатрическую экспертизу и признанных нетрудоспособными со дня поступления на экспертизу;

8) выдачи одновременно листа и справки о временной нетрудоспособности лицу, совмещающему обучение с работой.

25.

Соблюдение следующих требований при организации и проведении врачебно-консультативной комиссии:

1) наличие приказа руководителя медицинской организации:

- о создании врачебно-консультативной комиссии;
- о составе, количестве членов (не менее трех врачей),
- о работе и графике врачебно-консультативной комиссии

2) наличие заключения  
врачебно-консультативно  
й комиссии

Н а л и ч и е  
подтверждающей  
документации о  
показаниях для  
госпитализации в  
дневной стационар при  
амбулаторно-поликлинич  
еских организациях  
здравоохранения и в  
стационар на дому:

1) обострение  
хронических заболеваний  
, не требующих  
круглосуточного  
медицинского  
наблюдения;

2) активное плановое  
оздоровление группы  
пациентов с  
хроническими  
заболеваниями,  
подлежащими  
динамическому  
наблюдению;

3) долечивание пациента  
на следующий день после  
курса стационарного  
лечения по медицинским  
показаниям;

4) проведение курсов  
медицинской  
реабилитации второго и  
третьего этапа;

5) паллиативная помощь;  
6) орфанные заболевания  
у детей, сопряженных с  
высоким риском  
инфекционных  
осложнений и  
требующих изоляции в  
период сезонных  
вирусных заболеваний,  
для получения  
регулярной  
заместительной  
ферментативной и  
антибактериальной  
терапии.

Наличие показаний для  
госпитализации в

26.	<p>дневной стационар при круглосуточном стационаре являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) проведение операций и вмешательств со специальной предоперационной подготовкой и реанимационной поддержкой;</li> <li>2) проведение сложных диагностических исследований, требующих специальной предварительной подготовки, а также не доступных в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения;</li> <li>3) наблюдение пациентов, лечение которых связано с переливанием препаратов крови, внутривенных вливаний кровезамещающих жидкостей, специфической гипосенсибилизирующей терапии, инъекций сильнодействующих препаратов, внутрисуставных введений лекарственных средств;</li> <li>4) долечивание на следующий день после стационарного лечения при наличии показаний к ранней выписке после оперативного лечения;</li> <li>5) паллиативная помощь;</li> <li>6) химиотерапия, лучевая терапия, коррекция патологических состояний, возникших после проведения специализированного лечения онкологическим пациентам</li> </ol>		
27.	Наличие отделения восстановительного лечения и реабилитации		

28.	Н а л и ч и е кардиологического кабинета в структуре организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь населению (района, города, области, республики) и организаций, оказывающих стационарную помощь		
29.	Наличие при невозможности установления диагноза ССЗ в организации ПМСП, направления пациента на консультацию в клиничко-диагностический центр для оказания КДП с проведением при необходимости консилиума, с привлечением профильных специалистов, в том числе консультантов из медицинских организаций республиканского уровня .		
30.	Н а л и ч и е подтверждающей документации оказания КДП пациенту с ССЗ профильным специалистом по направлению специалиста ПМСП или другого профильного специалиста		
	Наличие заключения на оформление документов для направления на медико-социальную экспертизу при наличии высоких показателей артериального давления ( кризовое течение), аритмии различного генеза, учащения		

31.	<p>приступов стенокардии и нарастания симптомов сердечной недостаточности, выдачи и продлевания листа или справки временной утраты трудоспособности, а при стойкой утрате трудоспособности (состояние после перенесенного инфаркта миокарда, аорто-коронарного шунтирования, застойной сердечной недостаточности)</p>		
32.	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о проведении лечебно-диагностических мероприятий, лекарственное обеспечение, организация лечебного питания и соответствующего ухода пациента с момента поступления в организацию здравоохранения.</p>		
33.	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации об использовании возможностей консультирования с профильными республиканскими организациями, посредством телемедицинской сети при сложности в верификации диагноза ребенка, определения тактики ведения. При необходимости осуществляется перевод ребенка в профильные республиканские организации.</p>		
	<p>Обеспечение поддерживающего ухода</p>		

34.	(поддержка адекватного кормления, поддержание водного баланса, контроля боли, ведение лихорадки, кислородотерапия)		
35.	<p>Наличие медицинской документации об оказании следующих лечебно-диагностических мероприятий в рамках ПМСП:</p> <p>1) диагностические - осмотр специалистом ПМСП, лабораторные и инструментальные неинвазивные методы исследования;</p> <p>2) лечебные, в том числе оказание экстренной и неотложной медицинской помощи, лечебные манипуляции;</p> <p>3) обеспечение пациентов с БСК рецептами для получения лекарственных средств и медицинских изделий для бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения;</p> <p>4) профилактические - медицинские осмотры, скрининговые профилактические медицинские осмотры целевых групп населения с последующим оздоровлением и динамическим наблюдением</p>		
36.	Н а л и ч и е подтверждающей документации об использовании при наличии менее болезненных альтернативных способов лечения, не уступающих по эффективности, для избежания необоснованных болезненных процедур		



Наличие документации о соблюдении требований оказания анестезиологической и реаниматологической помощи:

- 1) оказание специализированной медицинской помощи пациентам в экстренном и плановом порядках, в том числе высокотехнологичные медицинские услуги;
- 2) определение метода анестезии, осуществление медикаментозной предоперационной подготовки и проведение разных методик анестезии при различных оперативных вмешательствах, родах, диагностических и лечебных процедурах;
- 3) наблюдение за состоянием больных в посленаркозном периоде в палатах "пробуждения" до восстановления сознания и стабилизации функции жизненно важных органов;
- 4) оценку степени нарушений функции жизненно важных органов и систем и проведение расширенного комплекса мероприятий по реанимации и интенсивной терапии при различных критических ситуациях, в том числе методами экстракорпоральной детоксикации, гипербарической оксигенации, электрокардиостимуляции;
- 5) интенсивное наблюдение (

экспресс-контроль состояния систем жизнеобеспечения, а также метаболизма с использованием методов лабораторной и функциональной диагностики, мониторинга дыхания и кровообращения), полноценная и целенаправленная коррекция расстройств;

6) проведение реанимационных мер пациентам (при наличии показаний) в других отделениях;

7) установление показаний для дальнейшего лечения больных в условиях ОАРИТ, а также перевод больных из ОАРИТ в профильные отделения после стабилизации функции жизненно важных органов с рекомендациями по лечению и обследованию на ближайшие сутки;

8) консультирование врачей других отделений по вопросам практической анестезиологии и реаниматологии;

9) анализ эффективности работы отделения и качества оказываемой медицинской помощи, разработка и проведение мероприятий по повышению качества оказания медицинской помощи и снижению летальности

Соблюдение следующих действий при проведении патологоанатомического вскрытия:

1) проведение патологоанатомического вскрытия трупов после

констатации врачами биологической смерти, после предоставления медицинской карты стационарного пациента или медицинской карты амбулаторного пациента с письменным распоряжением главного врача или его заместителя по медицинской (лечебной) части организации здравоохранения о направлении на патологоанатомическое вскрытие;

2) оформление результатов патологоанатомического вскрытия в виде патологоанатомического диагноза (патологоанатомический диагноз включает: основное заболевание, осложнение основного заболевания, сопутствующее заболевание, комбинированное основное заболевание);

3) передача медицинской карты стационарного пациента или медицинской карты амбулаторного пациента с внесенным в нее патологоанатомическим диагнозом в медицинский архив организации здравоохранения не позднее десяти рабочих дней после патологоанатомического вскрытия;

4) проведение клинико-патологоанатомического разбора в случаях смерти больных в организациях здравоохранения;

5 )  
патологоанатомическое вскрытие при подозрениях на острые инфекционные, онкологические заболевания, патологию детского возраста, летальный исход в связи с медицинскими манипуляциями в целях установления причины смерти и уточнения диагноза заболевания со смертельным исходом;

6) организация главным врачом и заведующим патологоанатомического отделения вирусологического (иммунофлюоресцентного) и бактериологического исследования материалов вскрытия трупов в случаях подозрения на инфекционные заболевания;

7) передача в патологоанатомическое бюро, централизованное патологоанатомическое бюро и патологоанатомическое отделение медицинских карт стационарных пациентов на всех умерших за предшествующие сутки не позднее 10 часов утра дня, следующего после установления факта смерти;

8) оформление:  
- медицинского свидетельства о смерти (предварительное, окончательное) врачом по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" в день проведения патологоанатомического вскрытия;

- медицинского свидетельства о перинатальной смерти (предварительное, окончательное) врачом по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" в день проведения патологоанатомического вскрытия;

9) оформление результатов вскрытия в виде протокола патологоанатомического исследования; 10) наличие письменного уведомления в судебно-следственные органы для решения вопроса о передаче трупа на судебно-медицинскую экспертизу при обнаружении признаков насильственной смерти и прекращение проведения патологоанатомического исследования трупа;

11) наличие письменного извещения врача по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" в случае первичного обнаружения во время вскрытия признаков острого инфекционного заболевания, пищевого или производственного отравления, необычной реакции на прививку, а также экстренное извещение в органы государственной санитарно-эпидемиологической службы, сразу же после их выявления;

12) проведение патологоанатомического исследования плаценты:

- в случае мертворождения;
- при всех заболеваниях новорожденных,

выявленных в момент рождения;

- в случаях, подозрительных на гемолитическую болезнь новорожденных;
- при раннем отхождении вод и при грязных водах;
- при заболеваниях матери, протекающих с высокой температурой в последний триместр беременности;
- при явной аномалии развития или прикреплении плаценты;
- при подозрении на наличие врожденных аномалий развития плода;
- при случаях преэклампсий, эклампсий

13) обязательная регистрация плода массой менее 500 граммов с антропометрическими данными (масса, рост, окружность головы, окружность грудной клетки);

14) установление патологоанатомического вскрытия в зависимости от сложности на следующие категории:

- первая категория;
- вторая категория;
- третья категория;
- четвертая категория;

15) установление врачом по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" категории патологоанатомического вскрытия и причины расхождения диагнозов при расхождении заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов

	16) наличие подробного анализа с определением профиля и категорий ятрогении во всех случаях ятрогенной патологии, выявленные в результате патологоанатомического вскрытия		
39.	Наличие письменного заявления супруга (супруги), близких родственников или законных представителей умершего либо письменного волеизъявления, данного лицом при его жизни для выдачи трупа без проведения патологоанатомического вскрытия, при отсутствии подозрения на насильственную смерть		
	Наличие документации (внутренние приказы, положения, протоколы, анкеты, аналитические справки) о проведении клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям: 1) качество сбора анамнеза, которое оценивается по следующим критериям: отсутствие сбора анамнеза; полнота сбора анамнеза; наличие данных о перенесенных, хронических и наследственных заболеваниях, проведенных гемотрансфузиях, переносимости лекарственных		

препаратов,  
аллергологический  
статус;  
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:  
отсутствие  
диагностических  
мероприятий;  
неправильное  
заключение или  
отсутствие заключения  
по результатам  
проведенных  
диагностических  
исследований,  
приведшие к  
неправильной постановке  
диагноза и ошибкам в  
тактике лечения;  
проведение  
диагностических  
исследований,  
предусмотренных  
клиническими  
протоколами;  
проведение  
диагностических  
исследований с высоким,  
неоправданным риском  
для состояния здоровья  
пациента,  
обоснованность  
проведения  
диагностических  
исследований, не  
вошедших в клинические  
протокола;  
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: диагноз отсутствует, неполный или неправильный, не соответствует международной классификации болезней; не выделен ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть течения заболевания, не распознаны сопутствующие заболевания и осложнения;

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

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

Объективные причины неправильной и (или) несвоевременной диагностики (атипичное

40.

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 (помощи);

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

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

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

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

мнение консультанта ошибочное и повлияло на исход заболевания.

**Н а л и ч и е** подтверждающей документации о проведении оценки объективности причин несвоевременной

консультации и влияния несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);

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

- отсутствие лечения при наличии показаний;
- назначение лечения при отсутствии показаний;
- назначение малоэффективных лечебных мероприятий без учета особенностей течения заболевания, сопутствующих заболеваний и осложнений;
- выполнение лечебных мероприятий не в полном объеме, без учета функционального состояния органов и систем, назначения лекарственных средств без доказанной клинической эффективности;
- необоснованное 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, оцениваются 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: достижение ожидаемого клинического эффекта при соблюдении технологии оказания медицинских услуг (помощи);

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

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

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		
41.	Наличие осмотра пациента врачом в приемном отделении стационара с заполнением карты стационарного пациента, при наличии письменного согласия пациента или его законного представителя на предоставление ему медицинской помощи		
42.	Предоставление врачом-кардиологом (кардиохирургом) консультативно-диагностического заключения по форме № 075/у, в котором указывает результаты проведенного обследования и лечения, а также о дальнейшем лечении пациента с БСК врачу ПМСП, направившему пациента на консультационные услуги при оказании КДП		
43.	При наличии отклонений в показателях артериального давления (кризовое течение), аритмии различного генеза, учащения приступов стенокардии и нарастания симптомов сердечной недостаточности, врач-кардиолог МО выдает и продлевает лист или справку о временной нетрудоспособности, а при стойкой утрате трудоспособности (состояние после перенесенного инфаркта миокарда, аорто-коронарного шунтирования, застойной сердечной		

	<p>недостаточности) дает заключение на оформление документов для направления на медико-социальную экспертизу (далее – МСЭ )</p>		
44.	<p>Наличие документации о госпитализации пациента с БСК в экстренном порядке в отделение ( палата) реанимации и интенсивной терапии, минуя приемное отделение при угрозе жизни</p>		
45.	<p>Наличие документации о госпитализации пациента с установленным диагнозом острый коронарный синдром ( далее - ОКС) с подъемом сегмента, острый инфаркт миокарда (далее - ОИМ) в лабораторию катетеризации, минуя приемное отделение, отделение (палата) реанимации и интенсивной терапии.</p>		
46.	<p>Наличие документации об оказании кардиологической ( кардиохирургической) помощи в стационарных условиях, которая включает в себя:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) первичный осмотр врачом пациента с целью определения его состояния и установления предварительного диагноза;</li> <li>2) проведение лечебно-диагностических исследований с целью определения тактики лечения пациента, а также в целях снижения риска инвазивных методов исследования и лечения;</li> </ol>		

	<p>3) подбор и назначение лечения;</p> <p>4) проведение консультаций профильных специалистов.</p>		
47.	<p>Наличие документации о незамедлительном переводе пациента, находящегося на лечении в МО без возможности проведения ИВ при выявлении у него показаний для проведения неотложных интервенционных или кардиохирургических вмешательств, санитарным автотранспортом, включая медицинскую авиацию в МО с возможностью проведения ИВ в круглосуточном режиме.</p>		
	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о выполнении оперативных вмешательств в кардиохирургии по п р и н ц и п у регионализации с учетом уровня сложности:</p> <p>1) распределение кардиохирургических операций взрослым по категориям сложности: уровень регионализации кардиохирургической помощи для взрослого населения проводится по п р и н ц и п у регионализации; при достижении целевых значений ключевых показателей по регионализации кардиохирургической помощи (по уровням сложности категории пациентов) в течение трех оценочных периодов</p>		

48.

МО осуществляет хирургические вмешательства уровня категории сложности, предусмотренные в приложении 1 к настоящему приказу;

2) оценка сложности оперативных вмешательств при врожденных пороках сердца проводится по Базовой шкале Аристотеля.

В случае проведения одному ребенку нескольких операции в расчет берется только одна операция с наивысшим баллом по Базовой шкале Аристотеля.

Для объективизации качества работы детского кардиохирургического отделения используется такой параметр как эффективность операций, рассчитывающийся по уравнению: (среднее значение сложности по Базовой шкале Аристотеля)  $\times$  (30 дневная послеоперационная выживаемость)/100 = (Эффективность операций):

определение уровня регионализации кардиохирургической помощи для детского населения;

при достижении целевых значений ключевых показателей регионализации кардиохирургической помощи детскому населению (по уровням сложности категории пациентов) в течение трех оценочных периодов  
МО осуществляет



хирургические вмешательства по уровням категории сложности.		
--	--	--

Должностное (ые) лицо (а) \_\_\_\_\_

должность подпись

\_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество (при наличии)

Руководитель субъекта контроля \_\_\_\_\_

должность подпись

\_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество (при наличии)

Приложение 6  
к совместному приказу  
Министр национальной экономики  
Республики Казахстан  
от 29 мая 2023 года № 91  
и Министр здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 29 мая 2023 года № 90

Приложение 6  
к совместному приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 15 ноября 2018 года  
№ ҚР ДСМ-32  
и Министра национальной экономики  
Республики Казахстан  
от 15 ноября 2018 года № 70

## Проверочный лист

в сфере качества оказания медицинских услуг

\_\_\_\_\_  
в соответствии со статьей 138

\_\_\_\_\_  
Предпринимательского кодекса Республики Казахстан в отношении

\_\_\_\_\_  
субъектов (объектов), оказывающих гемодиализную помощь

\_\_\_\_\_  
наименование однородной группы субъектов (объектов) контроля

\_\_\_\_\_  
Государственный орган, назначивший проверку/профилактического контроля  
с посещением субъекта (объекта) контроля

Акт о назначении проверки/профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) контроля

№, дата

Наименование субъекта (объекта) контроля \_\_\_\_\_

(Индивидуальный идентификационный номер), бизнес-идентификационный номер субъекта (объекта) контроля \_\_\_\_\_

Адрес места нахождения \_\_\_\_\_

№	Перечень требований	Соответствует требованиям	Не соответствует требованиям
1	2	3	4
1	Наличие письменного добровольного согласия пациента либо его законного представителя при инвазивных вмешательствах и на проведение лечебно-диагностических мероприятий		
2	Наличие заключения о соответствии субъекта здравоохранения к предоставлению высокотехнологичных медицинских услуг		
3	Н а л и ч и е подтверждающей документации о соответствии проведенных лечебных и диагностических мероприятий с рекомендациями клинических протоколов		
	Н а л и ч и е подтверждающей документации о соответствии критериям для отбора и начала заместительной почечной терапии, в частности:		

4	<p>показатели (скорость клубочковой фильтрации);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- наличие гипергидратации, ацидоза;</li> <li>- уровень калия;</li> <li>- оценка нутритивного статуса пациента)</li> </ul>		
5	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о соответствии показаниям для экстренного проведения внепочечного очищения крови у пациентов с острой почечной недостаточностью:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- отсутствие мочи;</li> <li>- гиперкалиемия;</li> <li>- гипергидратация.</li> </ul>		
6	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о соответствии аппарата гемодиализа сертификатам качества, с достаточным ресурсом и производительностью, предусмотренными страной-производителем</p>		
	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении алгоритма проведения процедуры гемодиализа:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- подготовка аппарата "искусственная почка" к работе: тестирование и проверка аппаратов АИП с контролем ионного состава диализирующего раствора на ионометре;</li> <li>- подготовка рабочего места медицинской сестры диализного зала: раскладка стерильных упаковок, приготовление фистульных игл, диализатора, растворов для заполнения</li> </ul>		

магистралей и диализатора;

- сборка экстракорпорального контура (кровопроводящих магистралей, диализатора) с установкой на аппарат "искусственная почка";
- заполнение и промывка экстракорпорального контура физиологическим раствором с антикоагулянтом;
- подготовка пациента: взвешивание на электронных весах с регистрацией величины междиализной прибавки веса в карте диализа, обработка каждой поверхности дезинфектантами в месте пункции сосудистого доступа;
- подключение пациента к аппарату "искусственная почка";
- установка скорости кровотока на аппарате "искусственная почка";
- контроль за артериальным давлением крови, частотой сердечных сокращений и ритмичностью пульса не реже 1 раза в час, с почасовой регистрацией результатов в карте диализа;
- контроль корректности объема ультрафильтрации (в конце диализа), с регистрацией результатов в карте диализа;
- контроль положения фистульных игл в артериовенозной фистулы (постоянно);
- контроль показаний датчиков венозного и

	<p>артериального давления ( постоянно);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- контроль за антикоагуляцией ( постоянно визуально);</li> <li>-контроль ионного состава крови во время процедуры (по показаниям);</li> <li>- по окончании времени процедуры: остановка насоса по крови, извлечение фистульных игл из сосудистого доступа, контроль остановки кровотечения из мест пункций, окончательная остановка кровотечения, закрепление (перевязка) фистульной конечности стерильным перевязочным материалом;</li> <li>- контрольное взвешивание пациента на электронных весах с регистрацией результатов в карте диализа;</li> <li>- холодная промывка аппарата, горячая дезинфекция;</li> <li>- транспортировка использованного расходного материала для утилизации.</li> </ul>		
8	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации об обеспечении лекарственными средствами и расходными материалами по протоколу диализа</p>		
9	<p>Наличие системы водоочистки и соблюдение требований к подготовке жидкостей для гемодиализа, качеству растворов для гемодиализа и системы для очистки крови</p>		

10	Наличие договора на оказание платных медицинских услуг в организациях здравоохранения. Наличие документов, устанавливающих факт сооплаты		
	Наличие документации (внутренние приказы, положения, протоколы, анкеты, аналитические справки) о проведении клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям: 1) качество сбора анамнеза, которое оценивается по следующим критериям: отсутствие сбора анамнеза; полнота сбора анамнеза; наличие данных о перенесенных, хронических и наследственных заболеваниях, проведенных гемотрансфузиях, переносимости лекарственных препаратов, аллергологический статус; 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:		

отсутствие  
диагностических  
мероприятий;  
неправильное  
заключение или  
отсутствие заключения  
по результатам  
проведенных  
диагностических  
исследований,  
приведшие к  
неправильной постановке  
диагноза и ошибкам в  
тактике лечения;  
проведение  
диагностических  
исследований,  
предусмотренных  
клиническими  
протоколами;  
проведение  
диагностических  
исследований с высоким,  
неоправданным риском  
для состояния здоровья  
пациента,  
обоснованность  
проведения  
диагностических  
исследований, не  
вошедших в клинические  
протокола;  
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: диагноз отсутствует, неполный или неправильный, не соответствует международной классификации болезней; не выделен ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть течения заболевания, не распознаны сопутствующие заболевания и осложнения; диагноз правильный, но неполный, не выделен ведущий патологический синдром при выделенных осложнениях, не распознаны сопутствующие заболевания, влияющие на исход; 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 (помощи);



4) своевременность и качество консультаций профильных специалистов, которые оцениваются по следующим критериям:  
отсутствие консультации, приведшее к ошибочной трактовке симптомов и синдромов, отрицательно повлиявших на исход заболевания;  
консультация своевременная, непринятие во внимание мнения консультанта при постановке диагноза частично повлияло на исход заболевания;  
консультация своевременная, мнение консультанта учтено при постановке диагноза, невыполнение рекомендации консультанта по лечению частично повлияло на исход заболевания;  
мнение консультанта ошибочное и повлияло на исход заболевания.

Н а л и ч и е подтверждающей документации о проведении оценки объективности причин несвоевременной консультации и влияния несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);

5) объем, качество и обоснованность проведения лечебных мероприятий, которые оцениваются по следующим критериям:  
отсутствие лечения при наличии показаний;  
назначение лечения при отсутствии показаний;

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

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

необоснованное 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, оцениваются 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: достижение ожидаемого клинического эффекта при соблюдении технологии оказания медицинских услуг (помощи); отсутствие клинического эффекта лечебных и

	<p>профилактических мероприятий вследствие некачественного сбора анамнеза и проведения диагностических исследований;</p> <p>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;</p> <p>наличие полипрагмазии, обусловившее развитие нежелательных последствий;</p> <p>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</p>		
12	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе</p>		

13	Н а л и ч и е подтверждающей документации о ведении учетно-отчетной документации		
----	--	--	--

Должностное (ые) лицо (а) \_\_\_\_\_

должность подпись

\_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество (при наличии)

Руководитель субъекта контроля \_\_\_\_\_

должность подпись

\_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество (при наличии)

Приложение 7  
к совместному приказу  
Министр национальной экономики  
Республики Казахстан  
от 29 мая 2023 года № 91  
и Министр здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 29 мая 2023 года № 90

Приложение 7  
к совместному приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 15 ноября 2018 года  
№ ҚР ДСМ-32  
и Министра национальной экономики  
Республики Казахстан  
от 15 ноября 2018 года № 70

## Проверочный лист

в сфере качества оказания медицинских услуг

\_\_\_\_\_  
в соответствии со статьей 138

\_\_\_\_\_  
Предпринимательского кодекса Республики Казахстан в отношении

\_\_\_\_\_  
субъектов (объектов), оказывающих стоматологическую помощь

\_\_\_\_\_  
наименование однородной группы субъектов (объектов) контроля

\_\_\_\_\_  
Государственный орган, назначивший проверку/профилактического контроля  
с посещением субъекта (объекта) контроля

Акт о назначении проверки/профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) контроля

№, дата

Наименование субъекта (объекта) контроля \_\_\_\_\_

(Индивидуальный идентификационный номер), бизнес-идентификационный номер субъекта (объекта) контроля \_\_\_\_\_

Адрес места нахождения \_\_\_\_\_

№	Перечень требований	Соответствует требованиям	Не соответствует требованиям
1	2	3	4
1	Н а л и ч и е подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе		
	Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении следующих требований при организации стоматологической помощи: 1) привлечение врачей смежных специальностей для оказания консультативной помощи при наличии сопутствующей патологии у пациентов со стоматологическими		

заболеваниями (по медицинским показаниям);

2) направление пациентов со стоматологическими заболеваниями в челюстно-лицевые отделения многопрофильных стационаров в случаях, требующих оказания специализированной медицинской помощи и высокотехнологичных медицинских услуг с круглосуточным медицинским наблюдением;

3) предоставление стоматологической медицинской помощи пациенту после получения информированного его согласия по утвержденной форме письменного добровольного согласия пациента при инвазивных вмешательствах;

4) соблюдение показаний для экстренной госпитализации:

- острые или обострение хронических одонтогенных и неодонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области;

- т р а в м ы челюстно-лицевой области;

- кровотечения челюстно-лицевой области;

5) соблюдения показания для плановой госпитализации пациента со стоматологическими заболеваниями:

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- уточнения диагноза в неясных и сложных для диагностики и лечения случаях и подбора необходимой схемы лечения;</li> <li>- лечения хронических заболеваний органов полости рта и челюстно-лицевой области в стадии обострения;</li> <li>- хирургического лечения доброкачественных опухолей и опухолеподобных заболеваний;</li> <li>- лечения травм и гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области;</li> <li>- хирургического лечения дефектов и деформаций челюстно-лицевой области;</li> <li>- хирургического лечения врожденной патологии челюстно-лицевой области.</li> </ul>		
3	Наличие договора на оказание платных услуг в организациях здравоохранения.		
4	Наличие медицинской документации, подтверждающий соблюдение клинико-диагностических исследований по уровням оказания стоматологической помощи		
5	Наличие формы № 058/у "Медицинская карта стоматологического больного (включая санацию)" на каждого пациента		
	Н а л и ч и е подтверждающей документации о соответствии		

6	<p>проведенных лечебных и диагностических мероприятий с рекомендациями клинических протоколов. В случае отсутствия клинических протоколов, по международным стандартам и руководствами на основе доказательной медицины.</p>		
7	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о ведении учетно-отчетной документации профильными специалистами, работающими в организациях здравоохранения, оказывающих стоматологическую помощь</p>		
8	<p>Наличие заполненной документации с информацией об оказании стоматологической помощи (электронные медицинские записи, сопутствующие материалы о состоянии здоровья и диагнозе пациента), в том числе в МИС по каждому зубу в карте осмотра молочных зубов и карте осмотра постоянных зубов</p>		
9	<p>Наличие документации об определении аллергологического анамнеза пациента перед стоматологическими вмешательствами, требующими локальной (местной) анестезии, и по показаниям направление пациента в организации ПМСП или в медицинские организации для лабораторного</p>		



	<p>обследования с целью выявления лекарственной аллергии</p>		
<p>10</p>	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации об оказании стоматологической помощи детям в амбулаторных условиях в в и д е консультативно-диагностической помощи по направлению и самообращаемости, включает в себя:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) осмотр стоматолога;</li> <li>2) направление по показаниям на лабораторные, функциональные, инструментальные, визуальные методы исследования ( рентгенологические, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование) с целью постановки диагноза и дифференциальной диагностики;</li> <li>3) оказание стоматологической помощи по выявленному заболеванию по клиническим протоколам ;</li> <li>4) направление на госпитализацию по экстренным показаниям и п л а н о в у ю госпитализацию для о к а з а н и я специализированной медицинской помощи, в том числе с применением В Т М У , в стационарозамещающих и стационарных условиях .</li> </ol>		

11	<p>Н а л и ч и е информированного согласия родителей или представителей при проведении детям стоматологических вмешательств, связанных с риском возникновения болевых ощущений, манипуляции проводятся по показаниям с применением обезболивания (местное, седация, общее)</p>		
12	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации об оказании стоматологической помощи взрослым в амбулаторных условиях в в и д е консультативно-диагностической помощи по самообращаемости и направлению, которая включает в себя:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) осмотр стоматолога;</li> <li>2) направление по показаниям на лабораторные, функциональные, инструментальные, визуальные методы исследования ( рентгенологические, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование) с целью постановки диагноза и дифференциальной диагностики;</li> <li>3) оказание стоматологической помощи по выявленному заболеванию по клиническим протоколам .</li> <li>4) направление на госпитализацию по экстренным показаниям и</li> </ol>		

	<p>плановую госпитализацию для оказания специализированной медицинской помощи в стационарозамещающих и стационарных условиях</p>		
13	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации об оказании стоматологической помощи в стационарных условиях врачами челюстно-лицевыми хирургами и включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использование специальных медицинских методов и технологий, а также медицинскую реабилитацию</p>		
14	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о проведении консилиума либо применение дистанционных медицинских услуг при дифференциальной диагностике сложных, неясных случаев для верификации диагноза</p>		
15	<p>Динамическому наблюдению и стоматологическим осмотрам подлежат дети в возрасте от 0 до 17 лет включительно и беременные женщины</p>		
	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации об оказании профилактических мероприятий для беременных женщин и взрослого населения, которая включают</p>		

16	<p>контроль за гигиеническим состоянием полости рта, инструктаж по чистке зубов, выбор средств и предметов гигиены полости рта, профессиональную гигиену полости рта, санацию полости рта (с использованием современных материалов и технологий), информационную разъяснительную работу о факторах риска возникновения стоматологических заболеваний, проводятся по маршруту первичного профилактического осмотра беременной женщины</p>		
17	<p>Соблюдение следующих требований при организации и проведении врачебно-консультативной комиссии:</p> <p>1) наличие приказа руководителя медицинской организации:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- о создании врачебно-консультативной комиссии;</li> <li>- о составе, количестве членов (не менее трех врачей),</li> <li>- о работе и графике врачебно-консультативной комиссии</li> </ul> <p>2) наличие заключения врачебно-консультативной комиссии</p>		
	<p>Наличие медицинской документации о соблюдении следующих требований при проведении экспертизы временной нетрудоспособности, выдачи листа и справки о временной</p>		

нетрудоспособности ( форма № 001/у " Медицинская карта стационарного пациента" , форма 052/у " Медицинская карта амбулаторного пациента" , корешки листов о временной нетрудоспособности пациентов, форма № 025/у "Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии", форма № 029/у "Книга регистрации листов о временной нетрудоспособности", форма № 037/у "Справка № \_\_\_\_\_ о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детскую дошкольную организацию (нужное подчеркнуть)", форма № 038/у "Справка № \_\_\_\_\_ о временной нетрудоспособности" и другие):

- 1) наличие осмотра лица и записи данных о его состоянии здоровья в медицинской карте амбулаторного ( стационарного) больного, обосновывающей необходимость временного освобождения его от работы;
- 2) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности в день выписки лиц при стационарном лечении ( включая дневные

стационары, реабилитационные центры) на весь период стационарного лечения;

3) закрытие листа и справки о временной нетрудоспособности датой выписки из стационара если трудоспособность лиц полностью восстановлена ;

4) продление лицам, продолжающим быть временно нетрудоспособными листа и справки о временной нетрудоспособности на срок, с учетом времени, необходимого для его явки к медицинскому работнику поликлиники или вызова медицинского работника на дом (но не более чем на один календарный день). Лицам, получавшим лечение за пределами региона проживания, учитывается время, необходимое для прибытия к месту его постоянного проживания (но не более чем на четыре календарных дня) ;

5) выдача справки о временной нетрудоспособности при травмах, полученных в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также при острой алкогольной или наркотической интоксикации, на весь период временной нетрудоспособности;

6) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам, страдающим психическими

	<p>заболеваниями, при несвоевременном обращении в медицинскую организацию за прошедшие дни по заключению врачебно-консультативной комиссии психоневрологического диспансера или медицинского работника (врача-психиатра) совместно с руководителем медицинской организации;</p> <p>7) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам, направленным по решению суда на судебно-медицинскую и ли судебно-психиатрическую экспертизу и признанных нетрудоспособными со дня поступления на экспертизу;</p> <p>8) выдачи одновременно листа и справки о временной нетрудоспособности лицу, совмещающему обучение с работой.</p>		
19	<p>Наличие письменного добровольного согласия пациента либо его законного представителя при инвазивных вмешательствах и на проведение лечебно-диагностических мероприятий</p>		
	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований оказания анестезиологической и реаниматологической помощи:</p>		

- 1) оказание специализированной медицинской помощи пациентам в экстренном и плановом порядках, в том числе высокотехнологичные медицинские услуги;
- 2) определение метода анестезии, осуществление медикаментозной предоперационной подготовки и проведение разных методик анестезии при различных оперативных вмешательствах, родах, диагностических и лечебных процедурах;
- 3) наблюдение за состоянием больных в посленаркозном периоде в палатах "пробуждения" до восстановления сознания и стабилизации функции жизненно важных органов;
- 4) оценку степени нарушений функции жизненно важных органов и систем и проведение расширенного комплекса мероприятий по реанимации и интенсивной терапии при различных критических ситуациях, в том числе методами экстракорпоральной детоксикации, гипербарической оксигенации, электрокардиостимуляции;
- 5) интенсивное наблюдение (экспресс-контроль состояния систем жизнеобеспечения, а также метаболизма с использованием методов лабораторной и



функциональной диагностики, мониторинга дыхания и кровообращения), полноценная и целенаправленная коррекция расстройств;

б) проведение реанимационных мер пациентам (при наличии показаний) в других отделениях;

7) установление показаний для дальнейшего лечения больных в условиях ОАРИТ, а также перевод больных из ОАРИТ в профильные отделения после стабилизации функции жизненно важных органов с рекомендациями по лечению и обследованию на ближайшие сутки;

8) консультирование врачей других отделений по вопросам практической анестезиологии и реаниматологии;

9) анализ эффективности работы отделения и качества оказываемой медицинской помощи, разработка и проведение мероприятий по повышению качества оказания медицинской

Наличие документации (внутренние приказы, положения, протоколы, анкеты, аналитические справки) о проведении клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям:

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

отсутствие сбора анамнеза;  
полнота сбора анамнеза;  
наличие данных о перенесенных, хронических и наследственных заболеваниях, проведенных гемотрансфузиях, переносимости лекарственных препаратов, аллергологический статус;  
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:  
отсутствие диагностических мероприятий;  
неправильное заключение или отсутствие заключения по результатам проведенных диагностических исследований, приведшие к неправильной постановке диагноза и ошибкам в тактике лечения;  
проведение диагностических исследований, предусмотренных клиническими протоколами;  
проведение диагностических исследований с высоким, неоправданным риском

для состояния здоровья пациента, обоснованность проведения диагностических исследований, не вошедших в клинические протокола; 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: диагноз отсутствует, неполный или неправильный, не соответствует международной классификации болезней; не выделен ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть течения заболевания, не распознаны сопутствующие заболевания и осложнения; диагноз правильный, но неполный, не выделен ведущий патологический синдром при выделенных осложнениях, не распознаны сопутствующие

заболевания, влияющие на исход;

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 (помощи);

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

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

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

консультация своевременная, мнение консультанта учтено при постановке диагноза, невыполнение рекомендации

консультанта по лечению частично повлияло на исход заболевания; мнение консультанта ошибочное и повлияло на исход заболевания.

Н а л и ч и е подтверждающей документации о проведении оценки объективности причин несвоевременной консультации и влияния несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);

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

- отсутствие лечения при наличии показаний;
- назначение лечения при отсутствии показаний;
- назначение малоэффективных лечебных мероприятий без учета особенностей течения заболевания, сопутствующих заболеваний и осложнений;
- выполнение лечебных мероприятий не в полном объеме, без учета функционального состояния органов и систем, назначения лекарственных средств без доказанной клинической эффективности;
- необоснованное 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, оцениваются 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:

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

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

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

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		
--	--	--

Должностное (ые) лицо (а) \_\_\_\_\_  
должность подпись

\_\_\_\_\_   
фамилия, имя, отчество (при наличии)  
Руководитель субъекта контроля \_\_\_\_\_  
должность подпись

\_\_\_\_\_   
фамилия, имя, отчество (при наличии)

Приложение 8  
к совместному приказу  
Министр национальной экономики  
Республики Казахстан  
от 29 мая 2023 года № 91  
и Министр здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 29 мая 2023 года № 90

Приложение 8  
к совместному приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 15 ноября 2018 года  
№ ҚР ДСМ-32  
и Министра национальной экономики  
Республики Казахстан  
от 15 ноября 2018 года № 70

## Проверочный лист

в сфере качества оказания медицинских услуг

\_\_\_\_\_   
в соответствии со статьей 138

\_\_\_\_\_   
Предпринимательского кодекса Республики Казахстан в отношении

---

субъектов (объектов), оказывающих фтизиатрическую помощь

---

наименование однородной группы субъектов (объектов) контроля

---

Государственный орган, назначивший проверку/профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) контроля

---

Акт о назначении проверки/профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) контроля

---

№, дата

---

Наименование субъекта (объекта) контроля \_\_\_\_\_

---

(Индивидуальный идентификационный номер), бизнес-идентификационный номер субъекта (объекта) контроля \_\_\_\_\_

---

Адрес места нахождения \_\_\_\_\_

---

№	Перечень требований	Соответствует требованиям	Не соответствует требованиям
1	2	3	4
Оказание противотуберкулезной помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне			
1	Н а л и ч и е подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе		
	Н а л и ч и е подтверждающей документации об осуществлении специалистами ПМСП следующих мероприятий:		



- 1) проведение информационно-разъяснительной работы по профилактике, раннему выявлению туберкулеза;
- 2) планирование (формирование списков подлежащих лиц, оформление графика), организацию и проведение флюорографического обследования с оформлением в медицинской документации результатов обследования;
- 3) планирование (формирование списков подлежащих лиц, оформление графика), организацию и проведение туберкулинодиагностики детей и подростков с оформлением в медицинской документации результатов обследования, проведение дообследования туберкулиноположительных детей);
- 4) направление на обследование лиц при подозрении на туберкулез по диагностическому алгоритму обследования;
- 5) направление к фтизиатру лиц с положительными результатами флюорографического обследования, детей и подростков с впервые выявленной положительной и гиперергической туберкулиновой пробой, с нарастанием туберкулиновой

чувствительности на 6 мм и более, детей с побочными реакциями и осложнениями на прививку против туберкулеза;

6) планирование, организацию и проведение вакцинации против туберкулеза;

7) Контролируемое лечение туберкулезной инфекции (далее -ТИ) по назначению фтизиатра, в том числе в видеонаблюдаемом режиме;

8) обследование контактных;

9) амбулаторное непосредственно-контролируемое или видеонаблюдаемое лечение больных туберкулезом;

10) диагностику и лечение побочных реакций на противотуберкулезные препараты по назначению фтизиатра;

11) диагностику и лечение сопутствующих заболеваний;

12) ведение медицинских карт больных туберкулезом, находящихся на амбулаторном лечении, в том числе туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью;

13) регулярное внесение данных в Национальный регистр больных туберкулезом в пределах компетенции

Н а л и ч и е подтверждающей документации по обследованию пациента при подозрении на

	<p>туберкулез в организациях, оказывающих ПМСП по данной схеме</p>		
4	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о выявлении туберкулеза методом флюорографии среди целевой группы населения: с высоким риском заболевания и подлежащих обязательному ежегодному флюорографическому обследованию</p>		
5	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации об организации кабинетов непосредственно наблюдаемого лечения (далее-ННЛ) в организациях ПМСП для проведения амбулаторного лечения. Больной получает и принимает лекарства в кабинете ННЛ под контролем ответственного медицинского работника. Один раз в 10 дней больные, находящиеся на непосредственном контролируемом лечении , осматриваются врачом ПМСП/фтизиатром поликлиники, по показаниям – чаще. Больные, проживающие в сельской местности, осматриваются фтизиатром один раз в месяц</p>		
	<p>Проведение оценки клинического состояния больного, получающего противотуберкулезное лечение, на наличие нежелательных реакций и явлений осуществляется</p>		

6

ежедневно лечащим врачом или врачом-фтизиатром, медицинским работником кабинета непосредственно наблюдаемого лечения. Медицинский работник, выявивший нежелательные реакции и явления на лекарственный препарат, заполняет карту-сообщение и оформляет запись в медицинской документации пациента. Первичная информация о нежелательных реакциях и явлениях предоставляется ответственным лицом медицинской организации в государственную экспертную организацию в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий. Контроль за регистрацией карт-сообщений возлагается на ответственное лицо по фармаконадзору. Каждый случай нежелательных реакций и явлений рассматривается на заседании централизованной врачебно-консультативной комиссии для определения причинно-следственной связи с принимаемыми медикаментами.

7

Наличие учет движения противотуберкулезных препаратов на амбулаторном уровне в журнале регистрации ПТП

8	<p>Проведение беседы с пациентом (родителями или опекунами детей) до начала лечения о необходимости проведения полного курса химиотерапии с последующим подписанием информированного согласия</p>		
9	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о взятии на учет и диспансерное наблюдение за больными туберкулезом осуществляется в организациях, оказывающих ПМСП, по месту фактического проживания, работы, учебы или прохождения воинской службы, независимо от прописки</p>		
10	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении следующих требований при организации и проведении врачебно-консультативной комиссии:</p> <p>1) наличие приказа руководителя медицинской организации:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- о создании центральной врачебно-консультативной комиссии;</li> <li>- о составе, количестве членов (не менее трех врачей),</li> <li>- о работе и графике центральной врачебно-консультативной комиссии</li> </ul> <p>2) наличие заключения центральной врачебно-консультативной комиссии</p> <p>наличие ВКК и направление пациентов</p>		

	со стойкими признаками нарушения функций дыхательной системы на медико-социальную экспертную комиссию;		
11	Н а л и ч и е подтверждающей документации о соответствии уровней оказания медицинской реабилитации пациентам: 1) первичный уровень – медицинские организации первичной медико-санитарной помощи, имеющие в своей структуре кабинет/отделение реабилитации, дневной стационар и оказывающие медицинскую реабилитацию пациентам , состояние которых оценивается от 1 до 2-х баллов по Шкале реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ);		
Оказание противотуберкулезной помощи на стационарном уровне			
12	Н а л и ч и е подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе		
13	Распределение больных в отделениях по палатам с учетом данных лабораторных исследований и лекарственной чувствительности на момент поступления и в процессе лечения. Содержание больных с бактериовыделением с		

	<p>неизвестной лекарственной чувствительностью в одноместных палатах или боксах до получения результатов теста на лекарственную чувствительность</p>		
<p>14</p>	<p>Наличие ежедневного осмотра врачом-фтизиатром пациентов, находящихся в стационаре.</p> <p>При осмотре и назначении дежурным врачом дополнительных диагностических и лечебных манипуляций проводятся соответствующие записи в медицинской карте.</p> <p>При ухудшении состояния пациента дежурный врач оповещает заведующего отделением и (или) лечащего врача, согласовывает внесение изменений в процесс диагностики и лечения, и делает запись в медицинской карте (бумажный и (или) электронный) вариант.</p> <p>В электронный вариант медицинской карты запись вносится не позднее суток с момента изменения состояния пациента.</p> <p>При неотложных состояниях кратность записей зависит от динамики тяжести состояния. Записи врача стационара отражают конкретные изменения в состоянии пациента и необходимость коррекции назначений, обоснование назначенного обследования и лечения, оценку и интерпретацию</p>		

	<p>полученных результатов и эффективности проводимого лечения. Кратность осмотра при неотложных состояниях не реже каждые 3 часов, с указанием времени оказания неотложной помощи по часам и минутам</p>		
15	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации об организации консилиума в сложных ситуациях для верификации диагноза и определения тактики лечения с участием специалистов областных и республиканских уровней в очной или дистанционной форме посредством телемедицины</p>		
16	<p>Наличие учета движения противотуберкулезных препаратов на стационарном уровне в журнале регистрации ПТП</p>		
17	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении критериев выписки больного туберкулезом из стационара:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) отсутствие бактериовыделения и необходимости круглосуточного медицинского наблюдения;</li> <li>2) получение двух отрицательных результатов микроскопии , последовательно взятых с интервалом не менее 10 календарных дней у больных с исходным бактериовыделением;</li> <li>3) общепринятые исходы стационарного лечения (</li> </ol>		



	<p>выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, смерть и переведен в другую медицинскую организацию);</p> <p>4) по письменному заявлению пациента (его законного представителя) до завершения курса лечения при отсутствии непосредственной опасности для жизни пациента или для окружающих</p>		
18	Наличие письменного добровольного согласия пациента либо его законного представителя при инвазивных вмешательствах и на проведение лечебно-диагностических мероприятий		
19	Наличие осмотра заведующим отделением тяжелых пациентов в день госпитализации, в последующем – ежедневно. Пациенты, находящиеся в среднетяжелом состоянии, осматриваются не реже одного раза в неделю. Результаты осмотра пациента регистрируются в медицинской карте с указанием рекомендаций по дальнейшей тактике ведения пациента с обязательной идентификацией медицинского работника, вносящего записи		
20	Наличие установленного клинического диагноза совместно с заведующим отделением не позднее трех календарных дней со дня госпитализации пациента в организацию здравоохранения		

21	Наличие консультаций или консилиума при затруднении в идентификации диагноза, неэффективности проводимого лечения, а также при иных показаниях		
22	Наличие выдачи выписного эпикриза пациенту на руки при выписке с указанием полного клинического диагноза, проведенного объема диагностических исследований, лечебных мероприятий и рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению. Данные по выписке заносятся в информационные системы день в день, с указанием фактического времени выписки.		
	Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований оказания анестезиологической и реаниматологической помощи: 1) оказание специализированной медицинской помощи пациентам в экстренном и плановом порядках, в том числе высокотехнологичные медицинские услуги; 2) определение метода анестезии, осуществление медикаментозной предоперационной подготовки и проведение разных методик анестезии при различных оперативных		

вмешательствах, родах, диагностических и лечебных процедурах;

3) наблюдение за состоянием больных в посленаркозном периоде в палатах "пробуждения" до восстановления сознания и стабилизации функции жизненно важных органов;

4) оценку степени нарушений функции жизненно важных органов и систем и проведение расширенного комплекса мероприятий по реанимации и интенсивной терапии при различных критических ситуациях, в том числе методами экстракорпоральной детоксикации, гипербарической оксигенации, электрокардиостимуляции;

5) интенсивное наблюдение (экспресс-контроль состояния систем жизнеобеспечения, а также метаболизма с использованием методов лабораторной и функциональной диагностики, мониторинга дыхания и кровообращения), полноценная и целенаправленная коррекция расстройств;

6) проведение реанимационных мер пациентам (при наличии показаний) в других отделениях;

7) установление показаний для дальнейшего лечения больных в условиях ОАРИТ, а также перевод

больных из ОАРИТ в профильные отделения после стабилизации функции жизненно важных органов с рекомендациями по лечению и обследованию на ближайшие сутки;

8) консультирование врачей других отделений по вопросам практической анестезиологии и реаниматологии;

9) анализ эффективности работы отделения и качества оказываемой медицинской помощи, разработка и проведение мероприятий по повышению качества оказания медицинской помощи и снижению летальности

Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдение требований к переливанию компонентов крови и в случае развития осложнений:

Перед переливанием компонентов крови реципиент обследуется на маркеры гемотрансмиссивных инфекций ВИЧ, гепатиты В и С, а после окончания лечения в выписном эпикризе указывается необходимость повторного обследования на ВИЧ и гепатиты В и С по месту жительства.

Обследование реципиентов на наличие ВИЧ-инфекции в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи осуществляется в государственных организациях здравоохранения,

осуществляющих деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции

В медицинскую карту пациента до начала трансфузионной терапии вносятся сведения, касающиеся трансфузионного анамнеза:

наличие предшествующих переливаний, когда и в связи с чем;

имелись ли посттрансфузионные осложнения, беременности, закончившиеся рождением детей с гемолитической болезнью новорожденного.

В случае развития осложнений во время биологической пробы, во время переливания или после него, производится подробная запись (записи) с описанием состояния реципиента, данных мониторинга жизненно важных функций, методов лечения и их эффективности.

Проводится немедленный лабораторный контроль крови и мочи реципиента.

Наличие обследования лиц по клиническим показаниям на ВИЧ-инфекции при выявлении следующих заболеваний, синдромов и симптомов: 1) увеличение двух и более лимфатических узлов длительностью более 1 месяца, персистирующая, генерализованная лимфаденопатия;

- 2) лихорадка неясной этиологии (постоянная или рецидивирующая длительностью более 1 месяца);
- 3) необъяснимая тяжелая кахексия или выраженные нарушения питания, плохо поддающиеся стандартному лечению (у детей), необъяснимая потеря 10% веса и более;
- 4) хроническая диарея в течение 14 суток и более (у детей), необъяснимая хроническая диарея длительностью более месяца;
- 5) себорейный дерматит, зудящая папулезная сыпь (у детей);
- 6) ангулярный хейлит;
- 7) рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей (синусит, средний отит, фарингит, трахеит, бронхит);
- 8) опоясывающий лишай;
- 9) л ю б о й диссеминированный эндемический микоз, глубокие микозы (кокцидиоидоз, внелегочный криптококкоз (криптококковый менингит), споротрихоз, аспергиллез, изоспороз, внелегочной гистоплазмоз, стронгилоидоз, актиномикоз);
- 10) туберкулез легочный и внелегочный, в том числе диссеминированная инфекция, вызванная атипичными микобактериями, кроме туберкулеза периферических лимфоузлов;

- 11) волосатая лейкоплакия полости рта, линейная эритема десен;
- 12) тяжелые затяжные рецидивирующие пневмонии и хронические бронхиты, не поддающиеся обычной терапии (кратностью два или более раз в течение года), бессимптомная и клинически выраженная лимфоидная интерстициальная пневмония;
- 13) сепсис, затяжные и рецидивирующие гнойно-бактериальные заболевания внутренних органов (пневмония, эмпиема плевры, менингит, менингоэнцефалиты, инфекции костей и суставов, гнойный миозит, сальмонеллезная септицемия (кроме *Salmonella typhi*), стоматиты, гингивиты, периодонтиты);
- 14) пневмоцистная пневмония;
- 15) инфекции, вызванные вирусом простого герпеса, с поражением внутренних органов и хроническим (длительностью более одного месяца с момента заболевания) поражением кожи и слизистых оболочек, в том числе глаз;
- 16) кардиомиопатия;
- 17) нефропатия;
- 18) энцефалопатия неясной этиологии;
- 19) прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия;
- 20) саркома Капоши;

- 21) новообразования, в том числе лимфома (головного мозга) или В-клеточная лимфома;
- 22) токсоплазмоз центральной нервной системы;
- 23) кандидоз пищевода, бронхов, трахеи, легких, слизистых оболочек полости рта и носа;
- 24) диссеминированная инфекция, вызванная атипичными микобактериями;
- 25) кахексия неясной этиологии;
- 26) затяжные рецидивирующие пиодермии, не поддающиеся обычной терапии;
- 27) тяжелые хронические воспалительные заболевания женской половой сферы неясной этиологии;
- 28) инвазивные новообразования женских половых органов;
- 29) мононуклеоз через 3 месяцев от начала заболевания;
- 30) инфекции, передающиеся половым путем (сифилис, хламидиоз, трихомониаз, гонорея, генитальный герпес, вирусный папилломатоз и другие) с установленным диагнозом;
- 31) вирусные гепатиты В и С, при подтверждении диагноза;
- 32) обширные сливные кондиломы;
- 33) контагиозный моллюск с обширными высыпаниями,



гигантский  
обезображивающий  
контагиозный моллюск;  
34) первичное слабоумие  
у ранее здоровых лиц;  
35) больные гемофилией  
и другими заболеваниями  
, систематически  
получающие переливание  
крови и ее компонентов;  
36) генерализованная  
цитомегаловирусная  
инфекция

Наличие медицинской  
документации о  
соблюдении следующих  
требований при  
проведении экспертизы  
временной  
нетрудоспособности,  
выдачи листа и справки о  
временной  
нетрудоспособности ( форма №001/у " Медицинская карта стационарного пациента" , форма 052/у " Медицинская карта амбулаторного пациента" , корешки листов о временной нетрудоспособности пациентов, форма № 025/у "Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии", форма № 029/у "Книга регистрации листов о временной нетрудоспособности", форма № 037/у "Справка № \_\_\_\_\_ о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детскую дошкольную организацию (нужное

подчеркнуть)", форма № 038/у "Справка № \_\_\_\_\_ о временной нетрудоспособности" и другие):

- 1) наличие осмотра лица и записи данных о его состоянии здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) пациента, обосновывающей необходимость временного освобождения его от работы;
- 2) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности в день выписки лиц при стационарном лечении (включая дневные стационары, реабилитационные центры) на весь период стационарного лечения;
- 3) закрытие листа и справки о временной нетрудоспособности датой выписки из стационара если трудоспособность лиц полностью восстановлена ;
- 4) продление лицам, продолжающим быть временно нетрудоспособными листа и справки о временной нетрудоспособности на срок, с учетом времени, необходимого для его явки к медицинскому работнику поликлиники или вызова медицинского работника на дом (но не более чем на один календарный день). Лицам, получавшим лечение за пределами региона проживания, учитывается время, необходимое для

прибытия к месту его постоянного проживания (но не более чем на четыре календарных дня)

;

5) выдача справки о временной нетрудоспособности при травмах, полученных в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также при острой алкогольной или наркотической интоксикации, на весь период временной нетрудоспособности;

б) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам, страдающим психическими заболеваниями, при несвоевременном обращении в медицинскую организацию за прошедшие дни по заключению врачебно-консультативной комиссии психоневрологического диспансера или медицинского работника (врача-психиатра) совместно с руководителем медицинской организации;

7) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам, направленным по решению суда на судебно-медицинскую и л и судебно-психиатрическую экспертизу и признанных нетрудоспособными со дня поступления на экспертизу;

8) выдачи одновременно листа и справки о

временной нетрудоспособности лицу, совмещающему обучение с работой.

Наличие документации (внутренние приказы, положения, протоколы, анкеты, аналитические справки) о проведении клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям:

1) качество сбора анамнеза, которое оценивается по следующим критериям:  
отсутствие сбора анамнеза;  
полнота сбора анамнеза;  
наличие данных о перенесенных, хронических и наследственных заболеваниях, проведенных гемотрансфузиях, переносимости лекарственных препаратов, аллергологический статус;  
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:  
отсутствие диагностических мероприятий;

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

проведение диагностических исследований, предусмотренных клиническими протоколами;

проведение диагностических исследований с высоким, неоправданным риском для состояния здоровья пациента, обоснованность проведения диагностических исследований, не вошедших в клинические протокола;

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:

диагноз отсутствует, неполный или неправильный, не соответствует международной классификации болезней; не выделен ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть течения заболевания, не распознаны сопутствующие заболевания и осложнения;

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

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 (помощи);

4) своевременность и качество консультаций профильных специалистов, которые

оцениваются по следующим критериям:  
отсутствие консультации, приведшее к ошибочной трактовке симптомов и синдромов, отрицательно повлиявших на исход заболевания;  
консультация своевременная, принятие во внимание мнения консультанта при постановке диагноза частично повлияло на исход заболевания;  
консультация своевременная, мнение консультанта учтено при постановке диагноза, невыполнение рекомендации консультанта по лечению частично повлияло на исход заболевания;  
мнение консультанта ошибочное и повлияло на исход заболевания.

Н а л и ч и е подтверждающей документации о проведении оценки объективности причин несвоевременной консультации и влияния несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);

5) объем, качество и обоснованность проведения лечебных мероприятий, которые оцениваются по следующим критериям:  
отсутствие лечения при наличии показаний;  
назначение лечения при отсутствии показаний;  
назначение малоэффективных лечебных мероприятий без учета особенностей течения заболевания,

сопутствующих заболеваний и осложнений;

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

необоснованное 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, оцениваются 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:

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

отсутствие клинического эффекта лечебных и профилактических мероприятий вследствие некачественного сбора



анамнеза и проведения  
диагностических  
исследований;  
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;  
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

Наличие документации о  
соблюдении следующих  
действий при проведении  
патологоанатомического  
вскрытия:  
1) проведение  
патологоанатомического  
вскрытия трупов после  
констатации врачами  
биологической смерти,  
после предоставления  
медицинской карты  
стационарного пациента  
или медицинской карты  
амбулаторного пациента  
с письменным

распоряжением главного врача или его заместителя по медицинской (лечебной) части организации здравоохранения о направлении на патологоанатомическое вскрытие;

2) оформление результатов патологоанатомического вскрытия в виде патологоанатомического диагноза (патологоанатомический диагноз включает: основное заболевание, осложнение основного заболевания, сопутствующее заболевание, комбинированное основное заболевание);

3) передача медицинской карты стационарного пациента или медицинской карты амбулаторного пациента с внесенным в нее патологоанатомическим диагнозом в медицинский архив организации здравоохранения не позднее десяти рабочих дней после патологоанатомического вскрытия;

4) проведение клинико-патологоанатомического разбора в случаях смерти больных в организациях здравоохранения;

5) патологоанатомическое вскрытие при подозрениях на острые инфекционные, онкологические заболевания, патологию детского возраста, летальный исход в связи

с медицинскими манипуляциями в целях установления причины смерти и уточнения диагноза заболевания со смертельным исходом;

б) организация главным врачом и заведующим патологоанатомического отделения вирусологического (иммунофлюоресцентного) и бактериологического исследования материалов вскрытия трупов в случаях подозрения на инфекционные заболевания;

7) передача в патологоанатомическое бюро, централизованное патологоанатомическое бюро и патологоанатомическое отделение медицинских карт стационарных пациентов на всех умерших за предшествующие сутки не позднее 10 часов утра дня, следующего после установления факта смерти;

8) оформление:

- медицинского свидетельства о смерти (предварительное, окончательное) врачом по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" в день проведения патологоанатомического вскрытия;
- медицинского свидетельства о перинатальной смерти (предварительное, окончательное) врачом по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" в

день проведения патологоанатомического вскрытия;

9) оформление результатов вскрытия в виде протокола патологоанатомического исследования; 10) наличие письменного уведомления в судебно-следственные органы для решения вопроса о передаче трупа на судебно-медицинскую экспертизу при обнаружении признаков насильственной смерти и прекращение проведения патологоанатомического исследования трупа;

11) наличие письменного извещения врача по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" в случае первичного обнаружения во время вскрытия признаков острого инфекционного заболевания, пищевого или производственного отравления, необычной реакции на прививку, а также экстренное извещение в органы государственной санитарно-эпидемиологической службы, сразу же после их выявления;

12) проведение патологоанатомического исследования плаценты:

- в случае мертворождения;
- при всех заболеваниях новорожденных, выявленных в момент рождения;
- в случаях, подозрительных на гемолитическую болезнь новорожденных;
- при раннем отхождении вод и при грязных водах;

- при заболеваниях матери, протекающих с высокой температурой в последний триместр беременности;

- при явной аномалии развития или прикреплении плаценты;

- при подозрении на наличие врожденных аномалий развития плода ;

- при случаях преэклампсий, эклампсий

13) обязательная регистрация плода массой менее 500 граммов с антропометрическими данными (масса, рост, окружность головы, окружность грудной клетки);

14) установление патологоанатомического вскрытия в зависимости от сложности на следующие категории:

- первая категория;

- вторая категория;

- третья категория;

- четвертая категория;

15) установление врачом по специальности " патологическая анатомия (взрослая, детская)" категории патологоанатомического вскрытия и причины расхождения диагнозов при расхождении заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов

16) наличие подробного анализа с определением профиля и категорий ятрогении во всех случаях ятрогенной патологии, выявленные в

	результате патологоанатомического вскрытия		
29	Наличие письменного заявления супруга (супруги), близких родственников или законных представителей умершего либо письменного волеизъявления, данного лицом при его жизни для выдачи трупа без проведения патологоанатомического вскрытия, при отсутствии подозрения на насильственную смерть		
30	Наличие договора на оказание платных медицинских услуг в организациях здравоохранения. Наличие документов, устанавливающих факт сооплаты		
31	Н а л и ч и е подтверждающей документации о соответствии уровней оказания медицинской реабилитации пациентам: 1) вторичный уровень – медицинские организации, имеющие в своей структуре специализированные отделения и (или) центры , осуществляющие медицинскую реабилитацию в амбулаторных, стационарозамещающих и стационарных условиях , оказывающие медицинскую реабилитацию пациентам , состояние которых оценивается от 2-х до 4-х баллов по ШРМ; 2) третичный уровень – специализированные медицинские		

	<p>организации, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую реабилитацию, в том числе с применением высокотехнологичных услуг, в амбулаторных, стационарозамещающих и стационарных условиях, пациентам, состояние которых оценивается от 2-х до 4-ти баллов по ШРМ</p>		
32	<p>Наличие записи медицинского работника в медицинской карте с последующим забором биологических материалов на определение содержания психоактивного вещества с занесением результатов в медицинскую карту при обнаружении признаков употребления психоактивных веществ во время обращения за медицинской помощью в организацию здравоохранения без вынесения Заключения медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения</p>		
33	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о соответствии проведенных лечебных и диагностических мероприятий с рекомендациями клинических протоколов.</p>		

Должностное (ые) лицо (а) \_\_\_\_\_

должность подпись

\_\_\_\_\_  
 фамилия, имя, отчество (при наличии)

Руководитель субъекта контроля \_\_\_\_\_

должность подпись

\_\_\_\_\_ фамилия, имя, отчество (при наличии)

Приложение 9  
к совместному приказу  
Министр национальной экономики  
Республики Казахстан  
от 29 мая 2023 года № 91  
и Министр здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 29 мая 2023 года № 90

Приложение 9  
к совместному приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 15 ноября 2018 года  
№ ҚР ДСМ-32  
и Министра национальной экономики  
Республики Казахстан  
от 15 ноября 2018 года № 70

## Проверочный лист

в сфере качества оказания медицинских услуг

\_\_\_\_\_ в соответствии со статьей 138

\_\_\_\_\_ Предпринимательского кодекса Республики Казахстан в отношении

\_\_\_\_\_ субъектов (объектов), оказывающих онкологическую помощь  
наименование однородной группы субъектов (объектов) контроля

\_\_\_\_\_ Государственный орган, назначивший проверку/профилактического контроля  
с посещением субъекта (объекта) контроля

\_\_\_\_\_ Акт о назначении проверки/профилактического контроля с посещением субъекта  
(объекта) контроля

\_\_\_\_\_ №, дата

\_\_\_\_\_ Наименование субъекта (объекта) контроля \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Индивидуальный идентификационный номер), бизнес-идентификационный номер



субъекта (объекта) контроля \_\_\_\_\_

Адрес места нахождения \_\_\_\_\_

№	Перечень требований	Соответствует требованиям	Не соответствует требованиям
1	2	3	4
Оказание онкологической помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне			
1	Н а л и ч и е подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе		
2	Н а л и ч и е мультидисциплинарной группы для обеспечения индивидуального подхода к оказанию медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями. МДГ состоит из руководителя (врач менеджер здравоохранения или врач по специальности "Онкология"), врачей по специальностям: "Онкология"; "Онкология и гематология детская"; "Онкология радиационная", "Онкология химиотерапевтическая", "Радиология", "Ядерная медицина", "Маммология", "Онкологическая хирургия", "Ультразвуковая диагностика по профилю основной специальности", "Эндоскопия по профилю основной		

специальности", " Патологическая анатомия", "Цитопатология", " Хоспис и паллиативная помощь", средний медицинский работник для ведения протокола заседания. В сложных клинических случаях привлекаются профильные специалисты соответствующих специальностей и специализаций, а также специалисты психолого-социального профиля.

Н а л и ч и е подтверждающей документации о рассмотрении на заседаниях МДГ:

- 1) все первичные пациенты с верифицированным диагнозом ЗН. В случае установки диагноза ЗН после проведенного планового оперативного лечения заседание МДГ проводится в отделении, по результатам полученного гистологического заключения;
- 2) пациенты с подозрением на ЗН, диагностика которых затруднена;
- 3) пациенты с рецидивом ЗН;
- 4) пациенты, нуждающиеся в изменении тактики лечения в связи с возникшими осложнениями, противопоказаниями, прогрессированием процесса; при получении дополнительных данных в процессе лечения;
- 5) пациенты в случае невозможности

выполнения рекомендаций предыдущего заседания МДГ по причине осложнений, прогрессирования, наличия противопоказаний, отказа пациента;

6) пациенты, нуждающиеся в направлении на диагностику и лечение в организации третичного уровня и за рубеж;

7) пациенты, нуждающиеся в таргетных и иммунопрепаратах.

Н а л и ч и е подтверждающей документации об организации специалистами ПМСП:

1) комплекса мероприятий по профилактике и раннему выявлению предраковых и онкологических заболеваний, включая информационно-разъяснительную работу среди прикрепленного населения по вопросам онкологической настороженности;

2) скрининговых исследований целевых групп взрослого населения для раннего выявления ЗН и поведенческих факторов;

3) опроса и осмотра пациентов в смотровом, доврачебном кабинетах с целью раннего выявления предраковых и онкологических заболеваний;

4) осмотра врача общей практики (далее – ВОП) с целью определения состояния пациента и

направления к врачу онкологу, маммологу, профильным специалистам при подозрении на ЗН и прогрессировании процесса при подозрении на злокачественное новообразование и (или) прогрессировании онкологического процесса врачом общей практики организации первичной медико-санитарной помощи, врачом специалистом организации консультативно-диагностической помощи;

5) формирования групп лиц с риском развития онкологических заболеваний для их последующего оздоровления с привлечением профильных специалистов, мониторинг поведенческих факторов риска и обучение навыкам снижения выявленных факторов риска ЗН осуществляется по наблюдению групп повышенного онкологического риска в медицинских организациях первичной медико-санитарной помощи и консультативно-диагностической помощи;

6) выездов мобильных групп на места с целью повышения уровня диагностики ЗН в составе ВОП, онколога, профильных специалистов с использованием

	<p>передвижных медицинских комплексов ;</p> <p>7) динамического наблюдения за пациентами с онкологическими, хроническими и предопухолевыми заболеваниями в зависимости от клинической группы;</p> <p>8) паллиативной медицинской помощи и медицинской реабилитации пациентам с ЗН по клиническим протоколам.</p>		
5	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации об оказании КДП, которая включает:</p> <p>1) врачебный осмотр с целью определения состояния пациента и установления диагноза;</p> <p>2) дообследование лиц с подозрением на ЗН с целью верификации диагноза;</p> <p>3) лабораторное и инструментальное обследование пациента; отбор и направление на госпитализацию онкологических пациентов для получения специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичных медицинских услуг;</p> <p>4) ведение и лечение пациента с учетом рекомендаций МДГ;</p> <p>5) проведение амбулаторной противоопухолевой терапии.</p>		
	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о</p>		

направлении ВОП пациента к онкологу или КООП при подозрении или выявлении опухолевого заболевания. Онколог или КООП с момента выдачи направления ВОП в течение семи рабочих дней проводит осмотр и необходимые исследования, по результатам которых направляет пациента в организацию, оказывающую онкологическую помощь, для подтверждения диагноза и определения последующей тактики ведения и лечения. Врач-онколог с момента установления предварительного диагноза ЗН или подозрения на рецидив заболевания организует забор цитологического, гистологического материала (биопсийного, операционного материала), консервацию, маркировку и направление на морфологическое исследование материала, а также направляет на диагностические исследования, необходимые для установления диагноза, распространенности онкологического процесса и определения стадии заболевания, рецидива заболевания.

Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований при оказании онкологической помощи

в форме амбулаторно-поликлинической помощи:  
формирование групп лиц с риском развития онкологических заболеваний;  
осмотр врачом с целью определения состояния пациента и установления диагноза;  
лабораторное и инструментальное обследование пациента с целью постановки диагноза;  
динамическое наблюдение за онкологическими больными;  
отбор и направление на госпитализацию онкологических больных для получения специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичных медицинских услуг;  
дообследование лиц с подозрением на ЗН с целью верификации диагноза;  
определение тактики ведения и лечения пациента;  
проведение амбулаторной противоопухолевой терапии

Н а л и ч и е подтверждающей документации о проведении ИГХ и молекулярно-генетических исследований для определения молекулярно-биологических особенностей опухолей с целью индивидуализации лечения пациентов, а также для подтверждения

(верификации) диагноза ЗН. ИГХ исследования проводятся на уровне патоморфологических лабораторий организаций, оказывающих онкологическую помощь, вторичного уровня и референс-центров третичного уровня и осуществляются по клиническим протоколам.

К направлению материала для ИГХ исследований (парафиновые блоки и микропрепараты) прилагаются выписка из медицинской карты амбулаторного или стационарного пациента, заключение МДГ, гистологическое заключение. Доставка материалов для ИГХ исследований осуществляется по почте, курьерской службой, лично пациентом и (или) его родственниками.

Сроки проведения ИГХ исследований не превышают четырнадцати рабочих дней со дня получения материала. Заключение ИГХ исследования с указанием даты, номера исследования, фамилии исполнителя вносится в МИС и передается в организацию, направившую материал на исследование, посредством информационного взаимодействия или по почте.

Референс-центр осуществляет консультации сложных диагностических случаев, экспертизу ИГХ



	<p>исследования с использованием возможностей телемедицинского консультирования (дистанционных медицинских услуг). Экспертиза ИГХ исследований, проводимых в патоморфологических лабораториях, осуществляется референс-центрами не реже одного раза в год. Хранение парафиновых блоков, стеклопрепаратов и заключений в архиве патоморфологических лабораторий осуществляется в течение пятнадцати лет, в архиве референс-центров – двадцать пять лет.</p>		
9	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о проведении международных телеконсультаций биообразцов опухолей через систему телепатологии для уточнения диагноза в сложных клинических случаях. Сроки проведения телеконсультаций не превышают тридцать рабочих дней.</p>		
	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации об отображении в МИС весь периода обследования пациентов с подозрением на наличие ЗН в амбулаторных условиях с указанием маркеров онконастороженности в рамках следующих сроков обследования:</p>		

1) специалист смотрового кабинета при подозрении или выявлении опухолевого заболевания выставляет маркер "Онконастороженность 1", направляет пациента к ВОП в течение трех рабочих дней;

2) ВОП совместно с профильным специалистом проводит дообследование и направляет пациента к онкологу или КООП в течение пяти рабочих дней с установкой маркера "Онконастороженность 2";

3) онколог или КООП с момента выдачи направления ВОП в течение десяти рабочих дней проводит осмотр и необходимые исследования, по результатам которых направляет пациента в организацию, оказывающую онкологическую помощь, для подтверждения и установления диагноза, определения последующей тактики ведения и лечения с установкой маркера "Онконастороженность 3";

4) консультации специалистами и обследование пациентов с подозрением на ЗН в амбулаторных условиях проводится по "зеленому" коридору – вне общей очереди и ограничений, в течение восемнадцати рабочих дней;

5) врач-онколог организации вторичного уровня проводит диагностические исследования,

	<p>необходимые для подтверждения и установления окончательного диагноза, распространенности процесса.</p> <p>6) углубленное обследование пациентов Ia клинической группы с целью верификации диагноза проводится в течение пятнадцати рабочих дней с момента обращения в организацию, оказывающую онкологическую помощь, с целью уточнения тактики лечения и персонализации терапии – в течение тридцати рабочих дней;</p> <p>7) весь маршрут первичного онкологического пациента, сроки обследования в соответствии с маркерами онконастороженности мониторируются в ситуационном центре организации, координирующую онкологическую помощь в регионе.</p>		
11	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о том, что специализированное лечение пациента с ЗН начинается не позднее тридцати календарных дней с момента установления диагноза и взятия под динамическое наблюдение.</p>		
	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о проведении динамического наблюдения по</p>		

клиническим группам пациентов с подозрением на ЗН и подтвержденным диагнозом ЗН:

- 1) группа Ia – пациенты с заболеванием, подозрительным на ЗН;
- 2) группа Ib – пациенты с предопухолевыми заболеваниями;
- 3) группа II – пациенты со ЗН, подлежащие специальному лечению (хирургическое лечение, химиотерапия, лучевая терапия, иммунная клеточная терапия);
- 4) группа IIIa – пациенты с ранними формами ЗН, подлежащие радикальному лечению;
- 5) группа III – пациенты после проведенного радикального лечения злокачественной опухоли (практически здоровые лица);
- 6) группа IV – пациенты с распространенными формами ЗН, подлежащие паллиативному или симптоматическому лечению.

По результатам углубленного обследования пациента Ia клинической группы врачи первичного уровня снимают подозрение на ЗН или переводят в соответствующие клинические группы:

- 1) при выявлении предопухолевого заболевания пациента переводят в Ib клиническую группу;
- 2) при подтверждении (верификации) диагноза ЗН пациента берут на динамическое наблюдение по II клинической группе;

3) пациенты с запущенными формами ЗН, не поддающимися специальному лечению, переводятся в IV клиническую группу.

Пациенты Iб клинической группы подлежат динамическому наблюдению и оздоровлению специалистами ПМСП и КДП в организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по месту их прикрепления, осуществляемые по наблюдению групп повышенного онкологического риска в медицинских организациях наблюдения групп повышенного онкологического риска в медицинских организациях первичной медико-санитарной помощи и консультативно-диагностической помощи.

Во II клинической группе наблюдаются все первичные пациенты со ЗН, которым показано специальное лечение, независимо от стадии заболевания, в том числе пациенты с 4 стадией ЗН, при наличии показаний к специальному лечению.

Перевод из II клинической группы в III группу осуществляется после завершения полного курса специального лечения при получении диагностически подтвержденных результатов радикального излечения,

а также отсутствия прогрессирования и рецидива ЗН.

Медицинское динамическое наблюдение пациентов III клинической группы осуществляется:

- 1) в течение первого года заболевания – один раз в три месяца;
- 2) в течение второго года заболевания – один раз в шесть месяцев;
- 3) с третьего года – один раз в год.

Динамическое наблюдение II клинической группы специалистами вторичного уровня проводится в соответствии с периодическими клиническими протоколами, не менее чем один раз в три месяца.

Пациенты из III клинической группы переводятся во II при прогрессировании и рецидиве ЗН.

К IV клинической группе относятся пациенты с запущенными формами ЗН, с отягощающей сопутствующей патологией, не позволяющей проводить специальное лечение, подлежащие паллиативному или симптоматическому лечению.

Перевод из II клинической группы в IV осуществляется при прогрессировании заболевания на фоне лечения.

Перевод из III клинической группы в IV осуществляется при

	<p>прогрессировании заболевания за время динамического наблюдения и ухудшения состояния, не позволяющего проводить специальное лечение.</p> <p>Пациенты IV клинической группы, нуждающиеся в получении паллиативного и симптоматического лечения, наблюдаются в организации ПМСП по месту прикрепления. С онкологического учета пациенты IV клинической группы не снимаются.</p>		
13	<p>Пациенты со ЗН подлежат пожизненному медицинскому динамическому наблюдению в организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях по месту прикрепления – первичный уровень (III клиническая группа) и организациями, оказывающими онкологическую помощь на вторичном уровне (II клиническая группа) по месту жительства и прикрепления.</p> <p>При смене места жительства и смене организации прикрепления в пределах страны, региона, пациент с динамического наблюдения не снимается, а проводится его дислокация по месту нового прикрепления или проживания, с направлением документов в организации первичного и вторичного уровней.</p>		

	<p>Пациент со ЗН снимается с учета в случаях:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) переезда в другую страну с выдачей ему подробной выписки из медицинской карты амбулаторного пациента;</li> <li>2) наблюдения в организации, оказывающей онкологическую помощь, с диагнозом "Базалиома кожи", "Трофобластическая болезнь" свыше пяти лет после излечения, при отсутствии рецидивов;</li> <li>3) смерти на основании медицинского свидетельства о смерти.</li> </ol>		
14	<p>При установлении диагноза ЗН впервые на каждого пациента заполняется форма № 034 /у "Извещение", которая в течение трех рабочих дней направляется в организацию, оказывающую онкологическую помощь на вторичном уровне по месту постоянного проживания пациента для регистрации в Электронном регистре онкологических больных и взятия на учет, с указанием обстоятельств установления диагноза (самообращение пациента в медицинскую организацию ПМСП, КДП – первичный уровень, самообращение пациента в организацию, оказывающую онкологическую помощь на вторичном и третичном уровнях, диагноз установлен при проведении скринингового обследования, диагноз установлен при</p>		



	проведении профилактического осмотра).		
15	<p>На каждого пациента с впервые в жизни установленным диагнозом ЗН IV стадии заболевания и при визуально доступных локализациях III стадии заполняется протокол на случай выявления у пациента запущенной формы злокачественного новообразования (клиническая группа V).</p> <p>В организации ПМСП, КДП к которой прикреплен пациент с выявленным запущенным ЗН, проводится в обязательном порядке разбор всех выявленных запущенных случаев. Материалы разбора запущенного случая направляются в организацию, координирующую онкологическую помощь в регионе в течение десяти рабочих дней с момента получения протокола о запущенном случае ЗН. Информация по разборам запущенных случаев ежемесячно предоставляется организацией, координирующую онкологическую помощь в регионе, в уполномоченный орган в области здравоохранения главному специалисту (внештатному онкологу).</p>		
16	Наличие обязательного конфиденциального медицинского обследования на наличие ВИЧ-инфекции лиц по клиническим и эпидемиологическим показаниям, включая		

половых партнеров  
беременных, лиц,  
обратившихся  
добровольно и анонимно

Н а л и ч и е  
подтверждающей  
документации о  
соблюдении показаний  
для госпитализации в  
дневной стационар при  
амбулаторно-поликлинич  
еских организациях  
здравоохранения и в  
стационар на дому:

- 1) обострение  
хронических заболеваний  
, не требующих  
круглосуточного  
медицинского  
наблюдения;
- 2) активное плановое  
оздоровление группы  
пациентов с  
хроническими  
заболеваниями,  
подлежащими  
динамическому  
наблюдению;
- 3) долечивание пациента  
на следующий день после  
курса стационарного  
лечения по медицинским  
показаниям;
- 4) проведение курсов  
медицинской  
реабилитации второго и  
третьего этапа;
- 5) паллиативная помощь;
- 6) орфанные заболевания  
у детей, сопряженных с  
высоким риском  
инфекционных  
осложнений и  
требующих изоляции в  
период сезонных  
вирусных заболеваний,  
для получения  
регулярной  
заместительной  
ферментативной и  
антибактериальной  
терапии.

Соблюдением требований для госпитализации в дневной стационар при круглосуточном стационаре:

- 1) проведение операций и вмешательств со специальной предоперационной подготовкой и реанимационной поддержкой;
- 2) проведение сложных диагностических исследований, требующих специальной предварительной подготовки, а также не доступных в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения;
- 3) наблюдение пациентов, лечение которых связано с переливанием препаратов крови, внутривенных вливаний кровезамещающих жидкостей, специфической гипосенсибилизирующей терапии, инъекций сильнодействующих препаратов, внутрисуставных введений лекарственных средств;
- 4) долечивание на следующий день после стационарного лечения при наличии показаний к ранней выписке после оперативного лечения;
- 5) паллиативная помощь;
- 6) химиотерапия, лучевая терапия, коррекция патологических состояний, возникших после проведения специализированного лечения онкологическим пациентам

Наличие медицинской документации о соблюдении следующих требований при проведении экспертизы временной нетрудоспособности, выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности (форма №001/у "Медицинская карта стационарного пациента", форма 052/у "Медицинская карта амбулаторного пациента", корешки листов о временной нетрудоспособности пациентов, форма № 025/у "Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии", форма № 029/у "Книга регистрации листов о временной нетрудоспособности", форма № 037/у "Справка № \_\_\_\_\_ о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детскую дошкольную организацию (нужное подчеркнуть)", форма № 038/у "Справка № \_\_\_\_\_ о временной нетрудоспособности" и другие):

1) наличие осмотра лица и записи данных о его состоянии здоровья в медицинской карте (амбулаторного (стационарного) пациента, обосновывающей необходимость

временного освобождения его от работы;

2) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности в день выписки лиц при стационарном лечении (включая дневные стационары, реабилитационные центры) на весь период стационарного лечения;

3) закрытие листа и справки о временной нетрудоспособности датой выписки из стационара если трудоспособность лиц полностью восстановлена ;

4) продление лицам, продолжающим быть временно нетрудоспособными листа и справки о временной нетрудоспособности на срок, с учетом времени, необходимого для его явки к медицинскому работнику поликлиники или вызова медицинского работника на дом (но не более чем на один календарный день). Лицам, получавшим лечение за пределами региона проживания, учитывается время, необходимое для прибытия к месту его постоянного проживания (но не более чем на четыре календарных дня) ;

5) выдача справки о временной нетрудоспособности при травмах, полученных в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также при острой алкогольной или

наркотической интоксикации, на весь период временной нетрудоспособности;

6) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам, страдающим психическими заболеваниями, при несвоевременном обращении в медицинскую организацию за прошедшие дни по заключению врачебно-консультативной комиссии психоневрологического диспансера или медицинского работника (врача-психиатра) совместно с руководителем медицинской организации;

7) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам, направленным по решению суда на судебно-медицинскую и л и судебно-психиатрическую экспертизу и признанных нетрудоспособными со дня поступления на экспертизу;

8) выдачи одновременно листа и справки о временной нетрудоспособности лицу, совмещающему обучение с работой.

Наличие документации (внутренние приказы, положения, протоколы, анкеты, аналитические справки) о проведении клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка

по следующим критериям:

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

отсутствие сбора анамнеза;

полнота сбора анамнеза;

наличие данных о перенесенных,

хронических и

наследственных

заболеваниях,

проведенных

гемотрансфузиях,

переносимости

лекарственных

препаратов,

аллергологический

статус;

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:

отсутствие

диагностических

мероприятий;

неправильное

заключение или

отсутствие заключения

по результатам

проведенных

диагностических

исследований,

приведшие к

неправильной постановке

диагноза и ошибкам в

тактике лечения;

проведение

диагностических

исследований,

предусмотренных

клиническими протоколами; проведение диагностических исследований с высоким, неоправданным риском для состояния здоровья пациента, обоснованность проведения диагностических исследований, не вошедших в клинические протокола; 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: диагноз отсутствует, неполный или неправильный, не соответствует международной классификации болезней; не выделен ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть течения заболевания, не распознаны сопутствующие заболевания и осложнения;



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

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 (помощи);

4) своевременность и качество консультаций профильных специалистов, которые оцениваются по следующим критериям: отсутствие консультации, приведшее к ошибочной трактовке симптомов и синдромов, отрицательно повлиявших на исход заболевания; консультация своевременная, неприятие во внимание мнения консультанта при

постановке диагноза частично повлияло на исход заболевания;  
консультация своевременная, мнение консультанта учтено при постановке диагноза, невыполнение рекомендации консультанта по лечению частично повлияло на исход заболевания;  
мнение консультанта ошибочное и повлияло на исход заболевания.

Н а л и ч и е подтверждающей документации о проведении оценки объективности причин несвоевременной консультации и влияния несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);  
5) объем, качество и обоснованность проведения лечебных мероприятий, которые оцениваются по следующим критериям:  
отсутствие лечения при наличии показаний;  
назначение лечения при отсутствии показаний;  
назначение малоэффективных лечебных мероприятий без учета особенностей течения заболевания, сопутствующих заболеваний и осложнений;  
выполнение лечебных мероприятий не в полном объеме, без учета функционального состояния органов и систем, назначения лекарственных средств

без доказанной клинической эффективности; необоснованное 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, оцениваются 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:

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

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

отсутствие ожидаемого клинического эффекта вследствие проведения малоэффективных лечебных, профилактических мероприятий без учета особенностей течения заболевания,

	<p>сопутствующих заболеваний, осложнений, назначение лекарственных средств без доказанной клинической эффективности; наличие полипрагмазии, обусловившее развитие нежелательных последствий;</p> <p>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</p>		
Оказание онкологической помощи на стационарном уровне			
20	Н а л и ч и е подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе		
	Н а л и ч и е подтверждающей документации о разведении противоопухолевых препаратов в кабинетах централизованного разведения цитостатических лекарственных средств (далее – КЦРЦ) для обеспечения безопасности		

медицинского персонала от токсического воздействия противоопухолевых препаратов и рационального использования лекарственных средств. Заявки на разведение противоопухолевых лекарственных средств на каждого пациента предоставляет врач клинического подразделения совместно с ответственным специалистом КЦРЦ. Противоопухолевые лекарственные средства разводятся по поданным заявкам. Разведенные лекарственные средства пакуются в одноразовые стерильные емкости, маркируются. К емкости прикрепляется второй экземпляр заявки. Разведенные противоопухолевые лекарственные средства получает и транспортирует медицинская сестра клинического подразделения. Транспортировка лекарственных средств осуществляется в контейнерах. Proceduralная медицинская сестра клинического подразделения перед введением противоопухолевого лекарственного средства сопоставляет данные пациента, заявки и маркировку на флаконах и (или) шприцах.

Н а л и ч и е подтверждающей документации о том, что лучевая терапия

проводится по принципу "единый врач – лучевой терапевт (радиационный онколог)", предусматривающий клиническое ведение пациента, проведение предлучевой подготовки и лучевого лечения одним врачом – лучевым терапевтом (радиационным онкологом).

Процедуры предлучевой подготовки выполняются на специальных рентгеновских аппаратах (симуляторах, компьютерных томографах), на которых получают данные места облучения и окружающих органов и тканей. Также эти аппараты передают в компьютерные системы планирования следующие топографические характеристики места облучения: размеры, вес, ориентацию и дополнительные сведения, необходимые для последующих дозиметрических расчетов.

В целях обеспечения бесперебойности работы и контроля качества оборудования для лучевой терапии, верификации планов излучения с помощью фантомных измерений при наличии сложного оборудования для лучевой терапии создается служба физико-технического обеспечения лучевой терапии или группа медицинских физиков и инженеров по

обслуживанию  
оборудования для  
лучевой терапии.

Н а л и ч и е  
подтверждающей  
документации о том, что  
в  
стационарозамещающих  
условиях пациентам с ЗН  
проводится  
противоопухолевая  
терапия, лучевая и  
радионуклидная терапия,  
паллиативная  
медицинская помощь в  
случаях, не требующих  
постоянного врачебного  
наблюдения, в  
организациях,  
оказывающих  
онкологическую помощь  
на вторичном и  
третичном уровнях в  
отделениях  
химиотерапии, лучевой  
терапии, паллиативной  
медицинской помощи,  
медицинской  
реабилитации.

Медицинская помощь в  
стационарозамещающих  
условиях оказывается в  
онкологической  
организации вторичного  
и третичного уровней по  
направлению онколога с  
результатами  
лабораторных,  
инструментальных  
исследований и  
консультаций  
профильных  
специалистов,  
необходимых для  
лечения данного  
пациента с учетом  
рекомендации МДГ.

Наличие госпитализации  
тяжелого пациента,  
нуждающегося в  
постоянном мониторинге  
жизненно важных  
функций по  
медицинским показаниям

24	, по решению консилиума и уведомлению руководителей организаций здравоохранения с последующим переводом в другую медицинскую организацию по профилю заболевания для дальнейшего обследования и лечения после стабилизации состояния		
25	Наличие осмотра заведующим отделением тяжелых пациентов в день госпитализации, в последующем – ежедневно. Пациенты, находящиеся в среднетяжелом состоянии, осматриваются не реже одного раза в неделю. Результаты осмотра пациента регистрируются в медицинской карте с указанием рекомендаций по дальнейшей тактике ведения пациента с обязательной идентификацией медицинского работника, вносящего записи		
26	Наличие установленного клинического диагноза совместно с заведующим отделением не позднее трех календарных дней со дня госпитализации пациента в организацию здравоохранения		
	Наличие ежедневного осмотра лечащего врача пациентов, находящихся в стационаре кроме выходных и праздничных дней. При осмотре и назначении дежурным врачом дополнительных диагностических и лечебных манипуляций		



27

проводятся соответствующие записи в медицинской карте. При ухудшении состояния пациента дежурный врач оповещает заведующего отделением и (или) лечащего врача, согласовывает внесение изменений в процесс диагностики и лечения, и делает запись в медицинской карте (бумажный и (или) электронный) вариант. В электронный вариант медицинской карты запись вносится не позднее суток с момента изменения состояния пациента.

При неотложных состояниях кратность записей зависит от динамики тяжести состояния. Записи врача стационара отражают конкретные изменения в состоянии пациента и необходимость коррекции назначений, обоснование назначенного обследования и лечения, оценку и интерпретацию полученных результатов и эффективности проводимого лечения. Кратность осмотра при неотложных состояниях не реже каждые 3 часов, с указанием времени оказания неотложной помощи по часам и минутам.

28

Наличие консультаций или консилиума при затруднении в идентификации диагноза, неэффективности проводимого лечения, а также при иных показаниях

Наличие обследования лиц по клиническим показаниям на ВИЧ-инфекции при выявлении следующих заболеваний, синдромов и симптомов:

- 1) увеличение двух и более лимфатических узлов длительностью более 1 месяца, персистирующая, генерализованная лимфаденопатия;
- 2) лихорадка неясной этиологии (постоянная или рецидивирующая длительностью более 1 месяца);
- 3) необъяснимая тяжелая кахексия или выраженные нарушения питания, плохо поддающиеся стандартному лечению (у детей), необъяснимая потеря 10% веса и более;
- 4) хроническая диарея в течение 14 суток и более (у детей), необъяснимая хроническая диарея длительностью более месяца;
- 5) себорейный дерматит, зудящая папулезная сыпь (у детей);
- 6) ангулярный хейлит;
- 7) рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей (синусит, средний отит, фарингит, трахеит, бронхит);
- 8) опоясывающий лишай;
- 9) л ю б о й диссеминированный эндемический микоз, глубокие микозы (кокцидиоидоз, внелегочный криптококкоз (криптококковый менингит), споротрихоз,

аспергиллез, изоспороз, внелегочной гистоплазмоз, стронгилоидоз, актиномикоз);

10) туберкулез легочный и внелегочный, в том числе диссеминированная инфекция, вызванная атипичными микобактериями, кроме туберкулеза периферических лимфоузлов; 11) волосатая лейкоплакия полости рта, линейная эритема десен;

12) тяжелые затяжные рецидивирующие пневмонии и хронические бронхиты, не поддающиеся обычной терапии (кратностью два или более раз в течение года), бессимптомная и клинически выраженная лимфоидная интерстициальная пневмония;

13) сепсис, затяжные и рецидивирующие гнойно-бактериальные заболевания внутренних органов (пневмония, эмпиема плевры, менингит, менингоэнцефалиты, инфекции костей и суставов, гнойный миозит, сальмонеллезная септицемия (кроме *Salmonella typhi*), стоматиты, гингивиты, периодонтиты);

14) пневмоцистная пневмония;

15) инфекции, вызванные вирусом простого герпеса, с поражением внутренних органов и хроническим (длительностью более

одного месяца с момента заболевания) поражением кожи и слизистых оболочек, в том числе глаз;

16) кардиомиопатия;

17) нефропатия;

18) энцефалопатия неясной этиологии;

19) прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия;

20) саркома Капоши;

21) новообразования, в том числе лимфома (головного мозга) или В-клеточная лимфома;

22) токсоплазмоз центральной нервной системы;

23) кандидоз пищевода, бронхов, трахеи, легких, слизистых оболочек полости рта и носа;

24) диссеминированная инфекция, вызванная атипичными микобактериями;

25) кахексия неясной этиологии;

26) затяжные рецидивирующие пиодермии, не поддающиеся обычной терапии;

27) тяжелые хронические воспалительные заболевания женской половой сферы неясной этиологии;

28) инвазивные новообразования женских половых органов;

29) мононуклеоз через 3 месяцев от начала заболевания;

30) инфекции, передающихся половым путем (сифилис, хламидиоз, трихомониаз, гонорея, генитальный герпес, вирусный

	<p>папилломатоз и другие) с установленным диагнозом;</p> <p>31) вирусные гепатиты В и С, при подтверждении диагноза;</p> <p>32) обширные сливные кондиломы;</p> <p>33) контагиозный моллюск с обширными высыпаниями, гигантский обезображивающий контагиозный моллюск;</p> <p>34) первичное слабоумие у ранее здоровых лиц;</p> <p>35) больные гемофилией и другими заболеваниями, систематически получающие переливание крови и ее компонентов;</p> <p>36) генерализованная цитомегаловирусная инфекция</p>		
30	<p>Наличие договора на оказание платных медицинских услуг в организациях здравоохранения.</p> <p>Наличие документов, устанавливающих факт сооплаты</p>		
31	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении критериев при выписке, в частности:</p> <p>1) общепринятые исходы лечения (выздоровление, улучшение, без перемен, смерть, переведен в другую медицинскую организацию);</p> <p>2) письменное заявление пациента или его законного представителя при отсутствии непосредственной опасности для жизни пациента или для окружающих;</p>		

	<p>3) случаи нарушения внутреннего распорядка организации здравоохранения, а также создание препятствий для лечебно-диагностического процесса, ущемления прав других пациентов на получение надлежащей медицинской помощи (при отсутствии непосредственной угрозы его жизни), о чем делается запись в медицинской карте.</p>		
32	<p>Наличие выдачи выписного эпикриза пациенту на руки при выписке с указанием полного клинического диагноза, проведенного объема диагностических исследований, лечебных мероприятий и рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению. Данные по выписке заносятся в информационные системы день в день, с указанием фактического времени выписки.</p>		
	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований к переливанию компонентов крови и в случае развития осложнений: Перед переливанием компонентов крови реципиент обследуется на маркеры гемотрансмиссивных инфекций ВИЧ, гепатиты В и С, а после окончания лечения в выписном эпикризе указывается необходимость</p>		

повторного обследования на ВИЧ и гепатиты В и С по месту жительства.

Обследование реципиентов на наличие ВИЧ-инфекции в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи осуществляется в государственных организациях здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции

В медицинскую карту пациента до начала трансфузионной терапии вносятся сведения, касающиеся трансфузионного и акушерского анамнеза: наличие предшествующих переливаний, когда и в связи с чем; имелись ли посттрансфузионные осложнения, беременности, закончившиеся рождением детей с гемолитической болезнью новорожденного.

В случае развития осложнений во время биологической пробы, во время переливания или после него, производится подробная запись (записи) с описанием состояния реципиента, данных мониторинга жизненно важных функций, методов лечения и их эффективности.

Проводится немедленный лабораторный контроль крови и мочи реципиента

34	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации об определении метода и тактики лечения МДГ. Заседания МДГ проводятся в онкологическом центре ежедневно (за исключением выходных и праздничных дней). Наличие кабинетов централизованного разведения цитостатических лекарственных средств (далее – КЦРЦ) для обеспечения безопасности медицинского персонала от токсического воздействия противоопухолевых препаратов и рационального использования лекарственных средств. Работа в КЦРЦ по разведению противоопухолевых лекарственных средств организуется посменно. Наличие и контроль заявок на разведение противоопухолевых лекарственных средств на каждого пациента. Требования к упаковке маркировке, транспортировке (лекарственные средства пакуются в одноразовые стерильные емкости (флаконы, шприцы), маркируются. Транспортировка лекарственных средств осуществляется в контейнерах.)</p>		
35	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о</p>		



соответствии оказанной  
медицинской помощи  
клиническим протоколам

Наличие медицинской документации о соблюдении следующих требований при проведении экспертизы временной нетрудоспособности, выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности (форма № 001/у "Медицинская карта стационарного пациента", форма 052/у "Медицинская карта амбулаторного пациента", корешки листов о временной нетрудоспособности пациентов, форма № 025/у "Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии", форма № 029/у "Книга регистрации листов о временной нетрудоспособности", форма № 037/у "Справка № \_\_\_\_\_ о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детскую дошкольную организацию (нужное подчеркнуть)", форма № 038/у "Справка № \_\_\_\_\_ о временной нетрудоспособности" и другие):

1) наличие осмотра лица и записи данных о его состоянии здоровья в медицинской карте амбулаторного (

стационарного) пациента, обосновывающей необходимость временного освобождения его от работы;

2) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности в день выписки лиц при стационарном лечении (включая дневные стационары, реабилитационные центры) на весь период стационарного лечения;

3) закрытие листа и справки о временной нетрудоспособности датой выписки из стационара если трудоспособность лиц полностью восстановлена ;

4) продление лицам, продолжающим быть временно нетрудоспособными листа и справки о временной нетрудоспособности на срок, с учетом времени, необходимого для его явки к медицинскому работнику поликлиники или вызова медицинского работника на дом (но не более чем на один календарный день). Лицам, получавшим лечение за пределами региона проживания, учитывается время, необходимое для прибытия к месту его постоянного проживания (но не более чем на четыре календарных дня) ;

5) выдача справки о временной нетрудоспособности при травмах, полученных в состоянии алкогольного

или наркотического опьянения, а также при острой алкогольной или наркотической интоксикации, на весь период временной нетрудоспособности;

б) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам, страдающим психическими заболеваниями, при несвоевременном обращении в медицинскую организацию за прошедшие дни по заключению врачебно-консультативной комиссии психоневрологического диспансера или медицинского работника (врача-психиатра) совместно с руководителем медицинской организации;

7) выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности лицам, направленным по решению суда на судебно-медицинскую и ли судебно-психиатрическую экспертизу и признанных нетрудоспособными со дня поступления на экспертизу;

8) выдачи одновременно листа и справки о временной нетрудоспособности лицу, совмещающему обучение с работой.

Наличие документации (внутренние приказы, положения, протоколы, анкеты, аналитические справки) о проведении клинического аудита

Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям:

1) качество сбора анамнеза, которое оценивается по следующим критериям: отсутствие сбора анамнеза; полнота сбора анамнеза; наличие данных о перенесенных, хронических и наследственных заболеваниях, проведенных гемотрансфузиях, переносимости лекарственных препаратов, аллергологический статус; 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: отсутствие диагностических мероприятий; неправильное заключение или отсутствие заключения по результатам проведенных диагностических исследований, приведшие к неправильной постановке диагноза и ошибкам в тактике лечения;

проведение  
диагностических  
исследований,  
предусмотренных  
клиническими  
протоколами;  
проведение  
диагностических  
исследований с высоким,  
неоправданным риском  
для состояния здоровья  
пациента,  
обоснованность  
проведения  
диагностических  
исследований, не  
вошедших в клинические  
протокола;  
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:  
диагноз отсутствует,  
неполный или  
неправильный, не  
соответствует  
международной  
классификации болезней;  
не выделен ведущий  
патологический синдром,  
определяющий тяжесть  
течения заболевания, не  
распознаны

сопутствующие  
заболевания и  
осложнения;  
диагноз правильный, но  
неполный, не выделен  
ведущий патологический  
синдром при выделенных  
осложнениях, не  
распознаны  
сопутствующие  
заболевания, влияющие  
на исход;  
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 (помощи);  
4) своевременность и  
качество консультаций  
профильных  
специалистов, которые  
оцениваются по  
следующим критериям:  
отсутствие консультации,  
приведшее к ошибочной  
трактовке симптомов и  
синдромов, отрицательно  
повлиявших на исход  
заболевания;  
консультация  
своевременная,  
непринятие во внимание

мнения консультанта при постановке диагноза частично повлияло на исход заболевания; консультация своевременная, мнение консультанта учтено при постановке диагноза, невыполнение рекомендации консультанта по лечению частично повлияло на исход заболевания; мнение консультанта ошибочное и повлияло на исход заболевания.

Н а л и ч и е подтверждающей документации о проведении оценки объективности причин несвоевременной консультации и влияния несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);

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

- отсутствие лечения при наличии показаний;
- назначение лечения при отсутствии показаний;
- назначение малоэффективных лечебных мероприятий без учета особенностей течения заболевания, сопутствующих заболеваний и осложнений;
- выполнение лечебных мероприятий не в полном объеме, без учета функционального состояния органов и систем, назначения лекарственных средств без доказанной

клинической эффективности;  
необоснованное 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, оцениваются 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:  
достижение ожидаемого клинического эффекта при соблюдении технологии оказания медицинских услуг (помощи);  
отсутствие клинического эффекта лечебных и профилактических мероприятий вследствие некачественного сбора анамнеза и проведения диагностических исследований;  
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;  
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

Н а л и ч и е  
подтверждающей  
документации о  
соблюдении следующих  
действий при проведении  
патологоанатомического  
вскрытия:  
1) проведение  
патологоанатомического  
вскрытия трупов после  
констатации врачами  
биологической смерти,  
после предоставления  
медицинской карты  
стационарного пациента  
или медицинской карты  
амбулаторного пациента  
с письменным  
распоряжением главного  
врача или его  
заместителя по  
медицинской (лечебной)  
части организации  
здравоохранения о  
направлении на  
патологоанатомическое  
вскрытие;  
2) оформление  
результатов

патологоанатомического вскрытия в виде патологоанатомического диагноза ( патологоанатомический диагноз включает: основное заболевание, осложнение основного заболевания, сопутствующее заболевание, комбинированное основное заболевание);

3) передача медицинской карты стационарного пациента или медицинской карты амбулаторного пациента с внесенным в нее патологоанатомическим диагнозом в медицинский архив организации здравоохранения не позднее десяти рабочих дней после патологоанатомического вскрытия;

4) проведение клинико-патологоанатомического разбора в случаях смерти больных в организациях здравоохранения;

5 ) патологоанатомическое вскрытие при подозрениях на острые инфекционные, онкологические заболевания, патологию детского возраста, летальный исход в связи с медицинскими манипуляциями в целях установления причины смерти и уточнения диагноза заболевания со смертельным исходом;

6) организация главным врачом и заведующим патологоанатомического отделения вирусологического (

иммунофлюоресцентного ) и бактериологического исследования материалов вскрытия трупов в случаях подозрения на инфекционные заболевания;

7) передача в патологоанатомическое бюро, централизованное патологоанатомическое бюро и патологоанатомическое отделение медицинских карт стационарных пациентов на всех умерших за предшествующие сутки не позднее 10 часов утра дня, следующего после установления факта смерти;

8) оформление:

- медицинского свидетельства о смерти ( предварительное, окончательное) врачом по специальности " патологическая анатомия (взрослая, детская)" в день проведения патологоанатомического вскрытия;

- медицинского свидетельства о перинатальной смерти ( предварительное, окончательное) врачом по специальности " патологическая анатомия (взрослая, детская)" в день проведения патологоанатомического вскрытия;

9) оформление результатов вскрытия в виде протокола патологоанатомического исследования;

10) наличие письменного уведомления в судебно-следственные органы для решения вопроса о передаче трупа

на судебно-медицинскую экспертизу при обнаружении признаков насильственной смерти и прекращение проведения патологоанатомического исследования трупа;

11) наличие письменного извещения врача по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" в случае первичного обнаружения во время вскрытия признаков острого инфекционного заболевания, пищевого или производственного отравления, необычной реакции на прививку, а также экстренное извещение в органы государственной санитарно-эпидемиологической службы, сразу же после их выявления;

12) проведение патологоанатомического исследования плаценты:

- в случае мертворождения;
  - при всех заболеваниях новорожденных, выявленных в момент рождения;
  - в случаях, подозрительных на гемолитическую болезнь новорожденных;
  - при раннем отхождении вод и при грязных водах;
  - при заболеваниях матери, протекающих с высокой температурой в последний триместр беременности;
  - при явной аномалии развития или прикрепления плаценты;
  - при подозрении на наличие врожденных аномалий развития плода;
- ;

- при случаях преэклампсий, эклампсий

13) обязательная регистрация плода массой менее 500 граммов с антропометрическими данными (масса, рост, окружность головы, окружность грудной клетки);

14) установление патологоанатомического вскрытия в зависимости от сложности на следующие категории:

- первая категория;
- вторая категория;
- третья категория;
- четвертая категория;

15) установление врачом по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" категории патологоанатомического вскрытия и причины расхождения диагнозов при расхождении заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов

16) наличие подробного анализа с определением профиля и категорий ятрогении во всех случаях ятрогенной патологии, выявленные в результате патологоанатомического вскрытия

Наличие письменного заявления супруга (супруги), близких родственников или законных представителей умершего либо письменного волеизъявления, данного лицом при его жизни для выдачи трупа без проведения

	патологоанатомического вскрытия, при отсутствии подозрения на насильственную смерть		
40	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации об оказании онкологической помощи на дому:</p> <p>1) при вызове медицинского работника ПМСП или КДП (первичный уровень), пациентом, находящимся под динамическим наблюдением (Iб, III клинические группы) при невозможности очного консультирования в организации;</p> <p>2) при вызове мобильной бригады в порядке посещения пациентов со ЗН вне обострения заболевания при ограничении передвижения и нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, в том числе с использованием дистанционных медицинских услуг;</p> <p>3) в форме активного патронажа пациентов со ЗН в тяжелом состоянии при ограничении передвижения, выписанных из стационара или передачи активов из станции скорой медицинской помощи;</p> <p>4) при организации лечения на дому (стационаре на дому), пациентам с IV клинической группой.</p>		

Должностное (ые) лицо (а) \_\_\_\_\_

должность подпись

фамилия, имя, отчество (при наличии)

Руководитель субъекта контроля \_\_\_\_\_

должность подпись

фамилия, имя, отчество (при наличии)

Приложение 10  
к совместному приказу  
Министр национальной экономики  
Республики Казахстан  
от 29 мая 2023 года № 91  
и Министр здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 29 мая 2023 года № 90

Приложение 10  
к совместному приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 15 ноября 2018 года  
№ ҚР ДСМ-32  
и Министра национальной экономики  
Республики Казахстан  
от 15 ноября 2018 года № 70

## Проверочный лист

в сфере качества оказания медицинских услуг

\_\_\_\_\_

в соответствии со статьей 138

\_\_\_\_\_

Предпринимательского кодекса Республики Казахстан в отношении

\_\_\_\_\_

субъектов (объектов), оказывающих медико-социальную помощь в области  
психического здоровья

наименование однородной группы субъектов (объектов) контроля

\_\_\_\_\_

Государственный орган, назначивший проверку/профилактического контроля  
с посещением субъекта (объекта) контроля

\_\_\_\_\_

Акт о назначении проверки/профилактического контроля с посещением субъекта  
(объекта) контроля

\_\_\_\_\_ №, дата

Наименование субъекта (объекта) контроля \_\_\_\_\_

(Индивидуальный идентификационный номер), бизнес-идентификационный номер субъекта (объекта) контроля \_\_\_\_\_

Адрес места нахождения \_\_\_\_\_

№	Перечень требований	Соответствует требованиям	Не соответствует требованиям
1	2	3	4
Требования для субъектов(объектов), оказывающих медико-социальную помощь в области психического здоровья на амбулаторно-поликлиническом уровне			
1	Н а л и ч и е подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе		
	Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении критериев взятия на динамическое наблюдение лиц с ППР: 1 группа динамического психиатрического наблюдения - лица склонные по своему психическому состоянию к социально-опасным действиям, в том числе, имеющие риск совершения насильственных действий сексуального характера в отношении несовершеннолетних, а также совершивших особо опасные деяния в состоянии невменяемости, и которым судом определены		



принудительные меры  
медицинского характера  
в виде амбулаторного  
принудительного лечения  
;

2 группа динамического  
психиатрического  
наблюдения - Лица с  
ППР имеющие  
инвалидность по  
психическому  
заболеванию, за  
исключением ППР  
указанных в  
диагностических  
рубриках F8 и F9; лица с  
диагнозом F20 "Шизофрения" в течение  
одного года после  
установления (при этом в  
случае признания лицом  
с инвалидностью он  
продолжает наблюдаться  
во 2 группе  
динамического  
психиатрического  
наблюдения);

2А – лица с частыми и  
выраженными  
обострениями  
психотической  
симптоматики,  
декомпенсациями,  
нуждающиеся в  
психофармакотерапии в  
рамках бесплатного  
амбулаторного лечения, в  
том лица с ППР  
указанных в  
диагностических  
рубриках F8 и F9

2Б – лица со  
стабилизированными  
состояниями, с умеренно  
прогредиентным  
течением процесса и  
спонтанными  
ремиссиями;

группа динамического  
наркологического  
наблюдения - Лица  
склонные к  
социально-опасным  
действиям, вследствие

клинических проявлений ППР, вызванные злоупотреблением психоактивных веществ. Группа динамического наркологического наблюдения

1) ППР вследствие употребления ПАВ у лиц, направленных по решению суда в отделение для принудительного лечения ;

2) ППР вследствие употребления ПАВ у лица, которым на основании заключения судебно-наркологической экспертизы по решению суда назначено лечение;

3) ППР вследствие употребления ПАВ, у лиц , направленных из мест лишения свободы где применялись принудительные меры медицинского характера;

4) ППР вследствие употребления ПАВ, после перенесенного психотического расстройства вследствие употребления ПАВ в условиях стационарного лечения;

5) ППР вследствие употребления ПАВ, у лиц склонных к социально-опасным действиям;

6) ППР вследствие употребления ПАВ у лиц, добровольно давших согласие на динамическое наблюдение.

Лица, указанные в подпункте 1) – 5) берутся на динамическое наблюдение решением врачебно-консультативной комиссией.

	<p>Соблюдение периодичности и частоты наблюдения лиц с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями):</p> <p>1 группа динамического психиатрического наблюдения - не менее одного раза в месяц</p> <p>2 группа динамического психиатрического наблюдения:</p> <p>2А - не менее одного раза в три месяца,</p> <p>2Б - не менее одного раза в шесть месяцев;</p> <p>группа динамического наркологического наблюдения - не менее шести раз в год, в зависимости от индивидуальных особенностей личности и течения заболевания</p>		
3	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требования к лекарственному обеспечению лиц с ППР, находящихся на динамическом наблюдении</p> <p>Лиц с ППР, находящихся на динамическом наблюдении, осуществляется лекарственное обеспечение</p>		
	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований к снятию с учета и переводу в другую группу динамического наблюдения:</p> <p>Прекращение динамического наблюдения лиц с ППР и снятие с учета</p>		

осуществляется в  
следующих случаях:

- 1) отсутствие критериев, взятия на динамическое наблюдение лиц с ППР, не менее 12 месяцев, с указанием в ЭИС – "выздоровление, стойкое улучшение";
- 2) изменение места жительства с выездом за пределы обслуживаемой территории;
- 3) отсутствие достоверных сведений о местонахождении в течение 12 месяцев, подтвержденное рапортом участкового инспектора полиции и патронажем участковой медицинской сестры не менее 1 раза в два месяца, с указанием в ЭИС – "отсутствие сведений";
- 4) смерть, на основании медицинского свидетельства о смерти по форме № 045/у и (или) подтвержденная данными в регистре прикрепленного населения, с указанием в ЭИС – "смерть";
- 5) лицам, осужденным с лишением свободы на срок свыше 1 года снятие с динамического наблюдения производится после получения ответа на запрос из Комитета по правовой статистике и специальным учетам Генеральной прокуратуры Республики Казахстан;
- 6) лицам с диагнозом F20 "Шизофрения", состоящим на учете во 2 группе динамического психиатрического наблюдения: в случае не установления группы

инвалидности в течении 12 месяцев с момента взятия на динамическое наблюдение.  
Критерии перевода лица с ППР в другую группу: отсутствие критериев взятия на динамическое наблюдение лиц с ППР, не менее 12 месяцев

Н а л и ч и е подтверждающей документации об осуществлении следующих мероприятий при динамическом наблюдении лица с ППР врачом психиатрического профиля:

- 1) информирование пациента о необходимости осуществления за ним динамического наблюдения, перечне, объемах, периодичности проведения осмотров, лабораторных и инструментальных исследований, сроках наблюдения;
- 2) установление динамического наблюдения в случае письменного согласия лица с ППР о взятии на динамическое наблюдение, за ним;
- 3) направление на заседание врачебно-консультационной комиссии (далее – ВКК) для решения вопроса установления динамического наблюдения без его согласия или его законного представителя в случае отказа лица с ППР или его законного представителя от добровольного взятия на динамическое наблюдение,;

1) при взятии на динамическое наблюдение лица с ППР проведение первичного осмотра пациента, определение группы динамического наблюдения, периодичности осмотров, необходимости организации оказания специальных социальных услуг в области здравоохранения, составление индивидуального плана лечения, индивидуальной программы реабилитации и других мероприятий с учетом индивидуального подхода, внесение данные в электронные информационные системы (далее – ЭИС) по форме учетной документации в области здравоохранения

2) 5) проведение периодических осмотров и оценку результатов диагностических исследований, заключений и рекомендаций профильных специалистов;

6) осуществление мониторинга и контроля эффективности лечения, реабилитационных (абилитационных) мероприятий с внесением корректировок при необходимости;

7) оформление документов и направления на медико-социальную экспертизу, медико-социальную реабилитацию, стационарозамещающее, стационарное, в том числе принудительное

лечение при наличии соответствующих показаний;

8) направление на консультацию профильных специалистов здравоохранения, необходимые лабораторные и инструментальные обследования, осмотр психолога, консультацию социального работника и иных специалистов;

9) посещение лица с ППР по месту проживания;

10) осуществление преемственности уровней , условий и видов оказания медико-социальной помощи.

Н а л и ч и е индивидуального плана лечения и программы реабилитации лиц после выписки из организации, оказывающей медицинскую помощь в области психического здоровья, кроме выписанных по постановлению суда как излечившиеся досрочно. При поддерживающем лечении, лиц с ППР врач психиатр (нарколог) составляет индивидуальный план лечения и индивидуальную программу реабилитации. Индивидуальный план лечения и индивидуальная программа реабилитации включают в себя:

1) диагностические методики: анализ содержания ПАВ в биологических жидкостях и тканях

организма, тестирование на ВИЧ, экспериментально-психологическая диагностика, определение качества жизни и социального функционирования, клиничко-биохимическая диагностика, нейрофизиологическая диагностика;

2) медикаментозную терапию: психофармакотерапия, симптоматическая терапия, терапия коморбидной патологии, антагонистическая терапия с использованием блокаторов опиоидных рецепторов;

3) консультативные методики: медицинское, психологическое и социальное консультирование лиц, зависимых от ПАВ и созависимых лиц;

4) тренинговые методики: мотивационные тренинги на продолжение поддерживающей противорецидивной терапии, по формированию адаптационных навыков и стрессоустойчивости, по формированию свойств психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ;

5) психотерапевтические методики: индивидуальная и групповая психотерапия лиц, зависимых от ПАВ, индивидуальная экспресс-психотерапия лиц, зависимых от ПАВ, находящихся в состоянии срыва.



Н а л и ч и е подтверждающей документации об осуществлении врачом ПМСП, при подозрении или выявлении лица с ППР, за исключением ППР, требующих оказания экстренной и неотложной медико-социальной помощи:

- 1) идентификацию пациента;
- 2) диагностические мероприятия по клиническим протоколам ;
- 3) устанавливает диагноз и проводит лечебные мероприятия ППР по международной классификации болезней 10-го пересмотра (далее – МКБ-10), входящие в компетенцию врача ПМСП. При подозрении на наличие у лица диагноза ППР по МКБ-10, не входящие в компетенцию, врач ПМСП направляет его в КПЗ или ПЦПЗ по территориальному прикреплению;
- 4) в случае установления диагнозов пограничных ППР, входящих в компетенцию врача ПМСП впервые в текущем году - направление информации в КПЗ или ПЦПЗ по территориальному прикреплению о данном пациенте с указанием паспортных данных ( фамилия, имя, отчество ( при наличии), индивидуальный идентификационный номер (далее – ИИН), адрес проживания), диагноза и даты

установления диагноза, для внесения данных в электронную информационную систему (далее – ЭИС) не позднее 5 рабочих дней с момента установления диагноза;

5) проведение мероприятий при выявлении лица с риском совершения суицида, обратившегося самостоятельно, или при обследовании несовершеннолетнего, направленного психологами;

6) заполнение первичной медицинской документации;

7) проведение сверки с врачом КПЗ или ПЦПЗ по вновь введенным пациентам в ЭИС по учету лиц с ППР, ежемесячно, не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

Осуществление следующих мероприятий врачом психиатрического профиля КПЗ или ПЦПЗ при подозрении или выявлении лица с ППР, за исключением ППР, требующих оказания экстренной и неотложной медико-социальной помощи:

1) идентификацию пациента;

2) диагностические мероприятия по клиническим протоколам ;

3) назначение лечения по клиническим протоколам (в случае необходимости) ;

4) проверку в ЭИС по учету лиц с ППР о

наличии сведений об обратившемся лице. При первичном установлении диагноза ППР вносит информацию в ЭИС, включая его в группу статистического учета, при установленном ранее диагнозе ППР и отсутствии сведений в указанных ЭИС вносит информацию, а при наличии сведений дополняет;

5) решения вопроса о динамическом наблюдении, а также прекращении динамического наблюдения;

6) оформление направления на врачебно-консультативную комиссию (далее – ВКК);

7) оформление медицинской документации в отношении лица с ППР, нуждающегося в проведении медико-социальной экспертизы (далее – МСЭ)

8) оформление документов лиц с ППР, вызванными употреблением ПАВ для направления на принудительное лечение;

9) внесение информации о лице с ППР в ЭИС не позднее 3 рабочих дней после получения извещения от врача ПМСП;

10) осуществление динамического наблюдения за лицами, находящимися в группах динамического наблюдения, по территориальному прикреплению;

	<p>11) направление лиц с подозрением или установленным диагнозом ППР на обследование и (или) лечение в территориальный ЦПЗ или РНПЦПЗ (по показаниям);</p> <p>12) направление лиц с ППР в организации, оказывающие медико-социальную реабилитацию в области психического здоровья;</p> <p>13) ведение первичной медицинской документации;</p> <p>14) введение данных в ЭИС по учету лиц с ППР;</p> <p>15) проводит сверку с врачом ПМСП по вновь введенным и состоящим лицам в ЭИС и предоставляет указанную информацию заведующему территориального ПЦПЗ.</p>		
9	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации об осуществлении следующих мероприятий врачом психиатрического профиля КПЗ или ПЦПЗ при обращении лица, ранее состоявшего на динамическом наблюдении с ППР, и снятого с учета в ЭИС с указанием причины снятия, кроме " выздоровление, стойкое улучшение":</p> <p>1) идентификацию пациента;</p> <p>2) диагностические мероприятия по клиническим протоколам ;</p> <p>3) решения вопроса о динамическом наблюдении, а также</p>		

прекращения динамического наблюдения;  
4) при отсутствии критериев взятия на динамическое наблюдение, оформление направления на ВКК, для решения вопроса снятия с динамического наблюдения с указанием причины снятия в ЭИС.

Наличие документации (внутренние приказы, положения, протоколы, анкеты, аналитические справки) о проведении клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям:  
1) качество сбора анамнеза, которое оценивается по следующим критериям:  
отсутствие сбора анамнеза;  
полнота сбора анамнеза;  
наличие данных о перенесенных, хронических и наследственных заболеваниях, проведенных гемотрансфузиях, переносимости лекарственных препаратов, аллергологический статус;  
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:

- отсутствие диагностических мероприятий;
- неправильное заключение или отсутствие заключения по результатам проведенных диагностических исследований, приведшие к неправильной постановке диагноза и ошибкам в тактике лечения;
- проведение диагностических исследований, предусмотренных клиническими протоколами;
- проведение диагностических исследований с высоким, неоправданным риском для состояния здоровья пациента, обоснованность проведения диагностических исследований, не вошедших в клинические протокола;
- 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: диагноз отсутствует, неполный или неправильный, не соответствует международной классификации болезней; не выделен ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть течения заболевания, не распознаны сопутствующие заболевания и осложнения; диагноз правильный, но неполный, не выделен ведущий патологический синдром при выделенных осложнениях, не распознаны сопутствующие заболевания, влияющие на исход; 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 (помощи);

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

- отсутствие консультации, приведшее к ошибочной трактовке симптомов и синдромов, отрицательно повлиявших на исход заболевания;
- консультация своевременная, принятие во внимание мнения консультанта при постановке диагноза частично повлияло на исход заболевания;
- консультация своевременная, мнение консультанта учтено при постановке диагноза, невыполнение рекомендации консультанта по лечению частично повлияло на исход заболевания;
- мнение консультанта ошибочное и повлияло на исход заболевания.

**Н а л и ч и е** подтверждающей документации о проведении оценки объективности причин несвоевременной консультации и влияния несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);

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

- отсутствие лечения при наличии показаний;



назначение лечения при отсутствии показаний;

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

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

необоснованное 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, оцениваются 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: достижение ожидаемого клинического эффекта при соблюдении технологии оказания медицинских услуг (помощи);

отсутствии клинического эффекта лечебных и профилактических мероприятий вследствие некачественного сбора анамнеза и проведения диагностических исследований;

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

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

Требования для субъектов(объектов), оказывающих медико-социальную помощь в области психического здоровья в стационарных условиях, предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение

Н а л и ч и е подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему

	обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе		
12	<p>Наличие оснований для госпитализации в стационарные клинические отделения. Основанием для госпитализации в стационарные клинические отделения, являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) направление врача психиатрического профиля;</li> <li>2) постановление, решение, определение судебно-следственных органов;</li> <li>3) направление военно-врачебной комиссии;</li> <li>4) письменное заявление самого лица, при наличии показаний;</li> <li>5) решение суда о принудительном лечении лиц с ППР, вызванные употреблением ПАВ, вступившее в законную силу;</li> <li>6) решение суда о применении принудительных мер медицинского характера, предусмотренных статьей 93 УК РК, вступившее в законную силу</li> </ol>		
	<p>Полнота проведенных мероприятий при плановой госпитализации в стационарные клинические отделения РНПЦПЗ, ЦПЗ.</p> <p>При плановой госпитализации в стационарные клинические отделения РНПЦПЗ, ЦПЗ заведующий или</p>		

врач-психиатр (нарколог) клинического отделения, приемно-диагностического отделения осуществляет следующие мероприятия:

- 1) идентификацию пациента;
- 2) проверяет наличие имеющейся медицинской и другой документации, в случае необходимости направляет на прохождение регламентированных и (или) дополнительных обследований;
- 3) проверяет наличие вступившего в законную силу решения суда о госпитализации, при наличии такового;
- 4) оценивает психическое и соматическое состояние, результаты лабораторно-диагностических исследований, определяет необходимость оказания неотложной помощи на уровне приемно-диагностического отделения и (или) наличие показаний и противопоказаний для госпитализации;
- 5) устанавливает предварительный диагноз, определяет объем дифференциальной диагностики, режим наблюдения, лечебного питания и другие лечебно-диагностические мероприятия по клиническим протоколам диагностики и лечения;
- 6) заполняет первичную медицинскую документацию.

Полнота проведенных мероприятий при госпитализации в

стационарное клиническое отделение РНПЦПЗ, ЦПЗ по экстренным показаниям. При госпитализации в стационарное клиническое отделение РНПЦПЗ, ЦПЗ по экстренным показаниям, заведующий или врач-психиатр (нарколог) клинического отделения и л и приемно-диагностическо го отделения, или дежурный врач осуществляет следующие мероприятия:

- 1) идентификацию пациента;
- 2) оценивает психическое и соматическое состояния, результаты лабораторно-диагностических исследований и определяет необходимость оказания неотложной помощи на у р о в н е приемно-диагностическо го отделения и (или) наличие показаний и противопоказаний для госпитализации;
- 3) устанавливает предварительный диагноз , определяет объем дифференциальной диагностики, режим наблюдения, лечебное питание и другие лечебно-диагностические мероприятия по клиническим протоколам диагностики и лечения;
- 4) заполняет первичную медицинскую документацию

Полнота проведенных мероприятий при плановой госпитализации в ПОСТИН.

При плановой госпитализации в ПОСТИН дежурный врач осуществляет следующие мероприятия:

- 1) проверяет наличие и соответствие имеющейся документации: вступившее в законную силу решение суда; документ удостоверяющий личность.
- 2) проводит идентификацию пациента;
- 3) оценивает психическое и соматическое состояние, результаты лабораторно-диагностических исследований, определяет необходимость оказания неотложной помощи на уровне приемно-диагностического отделения и (или) наличие показаний и противопоказаний для госпитализации;
- 4) определяет отделение, устанавливает режим наблюдения, лечебное питание и другие лечебно-диагностические мероприятия по клиническим протоколам диагностики и лечения;
- 5) заполняет первичную медицинскую документацию

Полнота проведенных мероприятий после поступления лица с ППР в стационарное клиническое отделение. После поступления лица с ППР в стационарное клиническое отделение, осуществляются следующие мероприятия:

- 1) идентификация пациента;

16	<p>2) проверка наличия и соответствия имеющейся медицинской и другой документации;</p> <p>3) оценка психического и соматического состояния, результатов лабораторно-диагностических исследований, установление предварительного диагноза, определения объема дифференциальной диагностики, режима наблюдения, лечебного питания и других лечебно-диагностических мероприятий по клиническим протоколам диагностики и лечения;</p> <p>4) заполнение первичной медицинской документации и лечения;</p>		
17	<p>Полнота проведенных мероприятий после поступления лица в стационарное клиническое отделение ПОСТИН</p> <p>После поступления лица в стационарное клиническое отделение ПОСТИН осуществляются следующие мероприятия:</p> <p>1) идентификация пациента;</p> <p>2) проверка наличия и соответствия имеющейся медицинской и другой документации;</p> <p>3) оценка психического и соматического состояния, результатов лабораторно-диагностических исследований, установление предварительного диагноза, определения объема дифференциальной диагностики, режима</p>		

	<p>наблюдения, лечебного питания и других лечебно-диагностических мероприятий по клиническим протоколам диагностики и лечения;</p> <p>4) заполнение первичной медицинской документации</p>		
	<p>Соблюдение режимов наблюдения.</p> <p>В клинических стационарных отделениях РНПЦПЗ, ЦПЗ и многопрофильных городских (областных) больниц предполагаются следующие виды наблюдения:</p> <p>1) общий режим наблюдения – круглосуточное наблюдение без ограничения передвижения в отделении. Общий режим для пациентов устанавливается при: отсутствии опасности для себя и окружающих; способности соблюдения личной гигиены без посторонней помощи;</p> <p>2) режим частичной госпитализации – возможность нахождения в отделении в дневное или ночное время с учетом необходимости его адаптации во внебольничных условиях, а также возможности осуществления трудовой деятельности на фоне проводимого лечения и контроля симптомов ППР в целях ресоциализации. Режим частичной госпитализации устанавливается решением врачебной комиссии (далее – ВК) в составе двух врачей при:</p>		



отсутствии опасности для себя и окружающих;  
способности соблюдения личной гигиены без посторонней помощи;  
стабилизации психического состояния, требующего ежедневного , но не круглосуточного наблюдения и контроля;

3) режим лечебных отпусков– возможность нахождения вне отделения от нескольких часов до нескольких суток с целью постепенной адаптации к внебольничным условиям , решения бытовых и социальных вопросов, а также оценки достигнутого лечебного эффекта. Режим лечебных отпусков устанавливается решением ВК в составе двух врачей и предоставляется при:

отсутствии опасности для себя и окружающих;  
способности соблюдения личной гигиены без посторонней помощи;  
стабилизации психического состояния, не требующего ежедневного наблюдения

4) усиленный режим наблюдения – круглосуточное наблюдение и ограничение передвижения за пределами отделения. Усиленный режим наблюдения устанавливается для пациентов при:

острых ППР, не представляющих опасности для себя и окружающих;

способности соблюдения личной гигиены без посторонней помощи; отсутствии психического и соматического расстройства, требующего иного режима наблюдения и содержания;

5) строгий режим наблюдения – круглосуточное непрерывное наблюдение в наблюдательной палате, постоянное сопровождение медицинским персоналом в отделении и за его пределами. Строгий режим для пациентов устанавливается для пациентов при:

непосредственной опасности для себя и окружающих;

беспомощности, то есть неспособности самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности, при отсутствии надлежащего ухода;

возможном нанесении существенного вреда здоровью, если лицо будет оставлено без наблюдения.

В клинических стационарных отделениях ПОСТИН предполагаются следующие виды наблюдения:

1) общий режим наблюдения – круглосуточное наблюдение с передвижением в отделении согласно распорядку дня, возможностью участия в трудотерапии за пределами отделения;

2) усиленный режим наблюдения – круглосуточное наблюдение и ограничение передвижения в пределах отделения;

3) строгий режим наблюдения – круглосуточное непрерывное наблюдение в наблюдательной палате, постоянное сопровождение медицинским персоналом в отделении и за его пределами

Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении критериев о принудительной госпитализации в стационар:

Принудительная госпитализация в стационар допускается на основании решения суда.

Принудительная госпитализация лица в стационар до вынесения судом решения допускается исключительно в случаях с о г л а с н о законодательству.

По каждому случаю принудительной госпитализации без решения суда администрация организации, оказывающей медицинскую помощь в области психического здоровья лицам с психическим, поведенческим расстройством (заболеванием), в течение сорока восьми часов с момента помещения лица в стационар направляет прокурору письменное

уведомление, а также информирует супруга (супругу), близких родственников и (или) законных представителей при наличии сведений о них.

Пребывание лица в стационаре в принудительном порядке продолжается только в течение времени сохранения оснований, по которым была проведена госпитализация.

Лицо, госпитализированное в стационар в принудительном порядке, в течение первых шести месяцев подлежит не реже одного раза в месяц освидетельствованию комиссией врачей-психиатров для решения вопроса о продлении госпитализации.

Продление госпитализации свыше шести месяцев производится по решению суда на основании заявления организации, оказывающей медицинскую помощь в области психического здоровья лицам с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями), о необходимости продления срока принудительной госпитализации и лечения, к которому прилагается заключение комиссии врачей-психиатров.

Н а л и ч и е  
подтверждающей

документации о соблюдении условий выписки.

Выписка из стационарных клинических отделений производится по выздоровлении пациента или улучшении его психического состояния, когда не требуется дальнейшего стационарного лечения, а также по завершении обследования, экспертизы, мер безопасности, принудительных мер медицинского характера, явившихся основаниями для помещения в стационар.

Выписка пациента, находящегося в стационарных клинических отделениях добровольно, производится по его личному заявлению, заявлению его законного представителя или по решению его лечащего врача.

Выписка пациента, к которому по определению суда применены принудительные меры медицинского характера и меры безопасности, производится только по вступившему в силу определению суда.

Пациенту, госпитализированному в стационарное клиническое отделение добровольно, отказывается в выписке, если ВКК установлены основания для госпитализации в принудительном порядке

Наличие документации (внутренние приказы, положения, протоколы, анкеты, аналитические справки) о проведении клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям:

1) качество сбора анамнеза, которое оценивается по следующим критериям: отсутствие сбора анамнеза; полнота сбора анамнеза; наличие данных о перенесенных, хронических и наследственных заболеваниях, проведенных гемотранфузиях, переносимости лекарственных препаратов, аллергологический статус; 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: отсутствие диагностических мероприятий; неправильное заключение или отсутствие заключения по результатам проведенных диагностических

исследований, приведшие к неправильной постановке диагноза и ошибкам в тактике лечения; проведение диагностических исследований, предусмотренных клиническими протоколами; проведение диагностических исследований с высоким, неоправданным риском для состояния здоровья пациента, обоснованность проведения диагностических исследований, не вошедших в клинические протокола; 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: диагноз отсутствует, неполный или неправильный, не соответствует международной классификации болезней;

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

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

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 (помощи);

4) своевременность и качество консультаций профильных специалистов, которые оцениваются по следующим критериям: отсутствие консультации, приведшее к ошибочной трактовке симптомов и синдромов, отрицательно



повлиявших на исход заболевания;  
консультация своевременная, принятие во внимание мнения консультанта при постановке диагноза частично повлияло на исход заболевания;  
консультация своевременная, мнение консультанта учтено при постановке диагноза, невыполнение рекомендации консультанта по лечению частично повлияло на исход заболевания;  
мнение консультанта ошибочное и повлияло на исход заболевания.

Н а л и ч и е подтверждающей документации о проведении оценки объективности причин несвоевременной консультации и влияния несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);  
5) объем, качество и обоснованность проведения лечебных мероприятий, которые оцениваются по следующим критериям:  
отсутствие лечения при наличии показаний;  
назначение лечения при отсутствии показаний;  
назначение малоэффективных лечебных мероприятий без учета особенностей течения заболевания, сопутствующих заболеваний и осложнений;  
выполнение лечебных мероприятий не в полном объеме, без учета

функционального состояния органов и систем, назначения лекарственных средств без доказанной клинической эффективности;

необоснованное 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, оцениваются 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:

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

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

отсутствие ожидаемого клинического эффекта вследствие проведения малоэффективных лечебных,

	<p>профилактических мероприятий без учета особенностей течения заболевания, сопутствующих заболеваний, осложнений, назначение лекарственных средств без доказанной клинической эффективности;</p> <p>наличие полипрагмазии, обусловившее развитие нежелательных последствий;</p> <p>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</p>		
<p>Требования для субъектов(объектов), оказывающих медико-социальную помощь в области психического здоровья в стационарозамещающих условиях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения и предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время с предоставлением койко-места</p>			
22	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе</p>		
	<p>Наличие показаний для лечения в стационарозамещающих условиях для лиц с ППР Показаниями для лечения в</p>		

23	<p>стационарозамещающих условиях для лиц с ППР являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) необходимость активной терапии лиц с ППР, в том числе вызванным употреблением ПАВ, не требующее круглосуточного наблюдения;</li> <li>2)2) необходимость постепенной адаптации к обычной жизненной обстановке, после получения курса лечения в круглосуточном стационаре;</li> <li>3)3) проведение обследований и экспертиз, не требующих круглосуточного стационарного наблюдения</li> </ol> <p>Госпитализация в организацию, оказывающую помощь в стационарозамещающих условиях, осуществляется в плановом порядке.</p>		
24	<p>Осуществление следующих мероприятий при госпитализации в дневной стационар:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) идентификация пациента;</li> <li>2) проверка наличия и соответствие имеющейся медицинской и другой документации;</li> <li>3) оценка психического и соматического состояния, а также результатов лабораторно-диагностических исследований, определение показаний и противопоказаний для госпитализации;</li> <li>4) установка предварительного диагноза, определения о б ъ е м а</li> </ol>		

	<p>дифференциальной диагностики, лечебного питания и других лечебно-диагностических мероприятий по клиническим протоколам диагностики и лечения;</p> <p>5) заполнение первичной медицинской документации.</p>		
25	<p>Требования к длительности лечения и времени пребывания в дневном стационаре.</p> <p>Длительность лечения в дневном стационаре составляет не более 30 календарных дней.</p> <p>В случаях ухудшения состояния пациента, требующего круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, он госпитализируется в соответствующее стационарное отделение.</p> <p>Ежедневное время пребывания в дневном стационаре - не менее 6 часов. В дневном стационаре предусматривается двухразовое питание с учетом времени приема психотропных препаратов</p>		
26	<p>Соблюдение требований к выписке из дневного стационара.</p> <p>Выписка производится по выздоровлении пациента или улучшении его психического состояния, когда возможен перевод на амбулаторное лечение, а также по завершению обследования, экспертизы, явившихся основаниями для помещения в дневной стационар.</p>		

В день выписки пациента из организации, оказывающей стационарозамещающую помощь, составляется эпикриз, копия которого направляется в ПЦПЗ, КПЗ, по месту жительства пациента, для приобщения его к медицинской карте амбулаторного пациента.

Наличие документации (внутренние приказы, положения, протоколы, анкеты, аналитические справки) о проведении клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям:

1) качество сбора анамнеза, которое оценивается по следующим критериям: отсутствие сбора анамнеза; полнота сбора анамнеза; наличие данных о перенесенных, хронических и наследственных заболеваниях, проведенных гемотрансфузиях, переносимости лекарственных препаратов, аллергологический статус; 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:

- отсутствие диагностических мероприятий;
- неправильное заключение или отсутствие заключения по результатам проведенных диагностических исследований, приведшие к неправильной постановке диагноза и ошибкам в тактике лечения;
- проведение диагностических исследований, предусмотренных клиническими протоколами;
- проведение диагностических исследований с высоким, неоправданным риском для состояния здоровья пациента, обоснованность проведения диагностических исследований, не вошедших в клинические протокола;
- 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: диагноз отсутствует, неполный или неправильный, не соответствует международной классификации болезней; не выделен ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть течения заболевания, не распознаны сопутствующие заболевания и осложнения; диагноз правильный, но неполный, не выделен ведущий патологический синдром при выделенных осложнениях, не распознаны сопутствующие заболевания, влияющие на исход; 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 (помощи);

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

- отсутствие консультации, приведшее к ошибочной трактовке симптомов и синдромов, отрицательно повлиявших на исход заболевания;
- консультация своевременная, непринятие во внимание мнения консультанта при постановке диагноза частично повлияло на исход заболевания;
- консультация своевременная, мнение консультанта учтено при постановке диагноза, невыполнение рекомендации консультанта по лечению частично повлияло на исход заболевания;
- мнение консультанта ошибочное и повлияло на исход заболевания.

**Н а л и ч и е** подтверждающей документации о проведении оценки объективности причин несвоевременной консультации и влияния несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);

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

- отсутствие лечения при наличии показаний;

назначение лечения при отсутствии показаний;

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

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

необоснованное 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, оцениваются 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: достижение ожидаемого клинического эффекта при соблюдении технологии оказания медицинских услуг (помощи);

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

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;

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

Требования для субъектов(объектов), оказывающих медико-социальную помощь лицам с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями) в виде скорой медико-социальной помощи

Оказание скорой специализированной психиатрической помощи осуществляется специализированными бригадами, организованными в составе организации,

	оказывающей скорую медико-социальную помощь или ЦПЗ.		
Требования для субъектов(объектов), оказывающих медико-социальную реабилитацию в области психического здоровья			
29	Н а л и ч и е подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе		
30	Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований к медико-социальной реабилитации в амбулаторных, либо стационарозамещающих условиях. При оказании медико-социальной реабилитации в амбулаторных, либо стационарозамещающих условиях ежедневное время пребывания составляет не менее 6 (шести) часов, за исключением выходных и праздничных дней, при этом предусматривается двухразовое питание с учетом времени приема психотропных препаратов. В подразделении медико-социальной реабилитации пациент обеспечивается необходимой медикаментозной терапией и необходимым обследованием. Медико-социальная реабилитация пациентов		

	с ППР оказывается по индивидуальной программе реабилитации пациента с ППР		
31	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований к медико-социальной реабилитации в стационарных условиях. При госпитализации на медико-социальную реабилитацию осуществляются следующие мероприятия:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) идентификация пациента;</li> <li>2) проверка наличия и соответствие имеющейся медицинской документации, направление на прохождение регламентированных и (или) дополнительных обследований;</li> <li>3) разрабатывается индивидуальная программа реабилитации пациента с ППР;</li> <li>4) заполняется первичная медицинская документация.</li> </ol> <p>Выявление общих противопоказаний для госпитализации на медико-социальную реабилитацию:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) острые состояния, требующие строгого или усиленного режима наблюдения;</li> <li>2) наличие сопутствующих заболеваний, требующих лечения в стационарах другого профиля;</li> <li>3) инфекционные заболевания в период эпидемиологической опасности</li> </ol>		

32	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации по осуществлению деятельности мультидисциплинарной группы.</p> <p>Медико-социальную реабилитацию взрослых с ППР осуществляет мультидисциплинарная группа:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) руководитель (врач менеджер здравоохранения или врач психиатр);</li> <li>2) врач психиатр;</li> <li>3) психолог;</li> <li>4) социальный работник или специалист по социальной работе;</li> <li>5) инструктор по труду или специалист в области трудовой терапии, спорта ;</li> <li>6) средний медицинский работник.</li> </ol> <p>С о с т а в мультидисциплинарной группы расширяется при увеличении перечня и (или) объема услуг</p>		
33	<p>Требования к длительности медико-социальной реабилитации.</p> <p>Длительность медико-социальной реабилитации взрослых пациентов с ППР составляет не более 3 (трех) месяцев.</p> <p>Длительность медико-социальной реабилитации детей с ППР составляет не более 3 (трех) месяцев.</p> <p>Длительность медико-социальной реабилитации взрослым с ППР вследствие</p>		

	<p>употребления ПАВ составляет не более 9 (девяти) месяцев.</p> <p>Длительность медико-социальной реабилитации детей с ППР, вследствие употребления ПАВ составляет не более 9 (девяти) месяцев.</p>		
<p>Требования для субъектов(объектов), оказывающих проведение медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения</p>			
34	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе</p>		
	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований к проведению идентификации лица направленного или пришедшего на медицинское освидетельствование.</p> <p>Перед проведением медицинского освидетельствования медицинский работник осуществляет идентификацию лица, направленного или пришедшего на медицинское освидетельствование, ознакомившись с его документами, удостоверяющими личность или электронными документами из сервиса цифровых документов.</p>		

35

При отсутствии документов освидетельствуемого лица, в заключении медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения (далее – Заключение) указываются его особые приметы с обязательным указанием о получении паспортных данных со слов направившего лица или освидетельствуемого.

Отсутствие документов, удостоверяющих личность или электронных документов из сервиса цифровых документов, не является основанием для отказа в освидетельствовании.

Установление личности лица, направленного на медицинское освидетельствование, не входит в компетенцию медицинского работника.

36

Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований к проведению освидетельствования к иностранным гражданам и несовершеннолетних граждан РК. Иностранцы граждане, постоянно проживающие и временно пребывающие на территории Республики Казахстан, а также лица без гражданства, находящиеся в состоянии опьянения в общественном месте, на работе, либо управляющие транспортным средством,



	<p>подлежат медицинскому освидетельствованию на общих основаниях.</p> <p>Медицинское освидетельствование несовершеннолетних граждан Республики Казахстан проводится в присутствии их законных представителей.</p>		
37	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований к медицинскому освидетельствованию лиц, доставленных в т я ж е л о м бессознательном состоянии.</p> <p>В специализированной организации здравоохранения, при доставлении лица в т я ж е л о м , бессознательном состоянии для определения состояния, связанного с употреблением ПАВ, проводится двукратное (с интервалом 30-60 минут), количественное исследование на наличие ПАВ в биологических жидкостях организма ( кровь, моча, слюна).</p> <p>В специализированной организации здравоохранения на момент оказания медицинской помощи в медицинской карте пациента делается запись о наличии (отсутствии) у лица состояния опьянения или факта употребления ПАВ по результатам клинического обследования и лабораторного исследования биологических образцов,</p>		

	при этом Заключение не составляется		
38	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований к условиям проведения лабораторного исследования или экспресс-тестирования биологических сред.</p> <p>Проведение лабораторного исследования или экспресс-тестирования биологических сред ( кровь или моча при подозрении на алкогольное опьянение, моча при подозрении на наркотическое или токсикоманическое опьянение) осуществляется в следующих случаях:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) невозможность полного освидетельствования в связи с тяжестью состояния освидетельствуемого;</li> <li>2) при наличии сомнений медицинского работника в комплексной оценке состояния опьянения ( психических, поведенческих, вегетативных и соматоневрологических расстройств);</li> <li>3) несогласия освидетельствуемого с результатами Заключения;</li> <li>4) повторного освидетельствования;</li> <li>5) при установлении факта употребления ПАВ и отсутствии признаков состояния опьянения ( психических, поведенческих, вегетативных и</li> </ol>		

	<p>соматоневрологических расстройств);</p> <p>б) при дорожно-транспортном происшествии или совершении правонарушения с наличием пострадавших лиц;</p> <p>7) если с момента совершения дорожно-транспортного происшествия и правонарушения без пострадавших прошло более 3 (трех) часов</p>		
39	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований к проведению лабораторного исследования или экспресс-тестирования биологических сред. Характер и последовательность проведения биологических проб определяется медицинским работником, производящим освидетельствование, в зависимости от особенностей клинического состояния освидетельствуемого.</p> <p>Опечатывание и этикетирование отобранных биологических проб для лабораторного исследования производится в присутствии освидетельствуемого и лица, направившего и (или) доставившего освидетельствуемого.</p> <p>В случаях, если освидетельствуемое лицо не в состоянии объективно оценивать</p>		

	<p>происходящие события, данная процедура производится в присутствии понятых (незаинтересованных лиц)</p>		
40	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований к проведению количественного исследования выдыхаемого воздуха на алкоголь.</p> <p>При проведении медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния алкогольного опьянения проводится количественное исследование выдыхаемого воздуха на алкоголь.</p> <p>Исследование выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя осуществляется с использованием технических средств измерения, официально зарегистрированных в Республике Казахстан.</p> <p>Если проведение освидетельствования в полном объеме не представляется возможным в силу психических и (или) соматоневрологических нарушений, или отказа л и ц а о т освидетельствования, в Заключении указываются причины невозможности проведения освидетельствования в полном объеме</p>		
	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований</p>		

41	<p>к оформлению отказа от медицинского освидетельствования</p> <p>В случае отказа лица от медицинского освидетельствования, медицинским работником заполняется пункт 1 Заключения и ставятся подписи понятых (незаинтересованных лиц)</p> <p>. Присутствие понятых (незаинтересованных лиц) в случае, когда освидетельствуемое лицо не в состоянии оценивать происходящие события или отказывается от прохождения медицинского освидетельствования, обеспечивается лицами, по инициативе которых проводится освидетельствование.</p>		
42	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований к установлению состояния освидетельствуемого лица.</p> <p>Медицинский работник при составлении Заключения и при проведении полного освидетельствования и согласии лица на проведение освидетельствования устанавливает одно из следующих состояний на основании имеющихся клинических и (при необходимости) лабораторных данных либо результатов экспресс-тестирования, подтверждающих вид психоактивного вещества, вызвавшего опьянение:</p>		

1) трезв(а);  
2) факт употребления ПАВ, признаки опьянения не выявлены;  
3) алкогольное опьянение (легкая, средняя, тяжелая степень);  
4) состояние опьянения (наркотическое, токсикоманическое), вызванное употреблением ПАВ (наркотики – опиоиды, каннабиоиды, кокаин; седативные, снотворные вещества; психостимуляторы; галлюциногены; летучие растворители)

Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований к оформлению Заключения медицинского освидетельствования.  
Заключение составляется в 3 (трех) экземплярах, заверяется подписью медицинского работника и печатью медицинской организации, в которой проводилось освидетельствование.  
Один экземпляр выдается лицу, доставившему освидетельствуемого, либо лицу, пришедшему на освидетельствование самостоятельно, второй экземпляр остается в медицинской организации и хранится в архиве в течение 5 (пяти) лет, третий экземпляр выдается лицу, доставленному на медицинское освидетельствование.  
При отсутствии сопровождающего, экземпляр Заключения по официальному

43	<p>письменному запросу лица, направившего на медицинское освидетельствование, высылается почтой или на указанный электронный адрес.</p> <p>Результаты освидетельствования, сообщаются освидетельствуемому лицу сразу же в присутствии лица, его направившего и (или) доставившего. В случаях, когда Заключение выносится после получения результатов лабораторных исследований, экземпляр Заключения выдается не позднее 5 рабочих дней со дня получения результатов лабораторных исследований.</p> <p>При несогласии освидетельствуемого лица, либо должностного лица, его доставившего, с результатами медицинского освидетельствования производится повторное медицинское освидетельствование.</p>		
44	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований к повторному медицинскому освидетельствованию.</p> <p>Повторное медицинское освидетельствование проводится не позднее 2 (двух) часов после первичного освидетельствования.</p>		
Требования для субъектов(объектов), оказывающих временную адаптацию и детоксикации			
	Н а л и ч и е подтверждающей документации об		

45	оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе		
46	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований организации деятельности центра временной адаптации и детоксикации:</p> <p>Доставку в ЦВАД лица с подозрением на алкогольное опьянение осуществляют сотрудники органов внутренних дел. При доставке, сотрудники органов внутренних дел:</p> <p>1) оказывают содействие медицинскому персоналу при осуществлении освидетельствования, помещения в ЦВАД;</p> <p>2) осуществляют изъятие огнестрельного, холодного оружия, взрывчатых, отравляющих и ядовитых веществ, иных предметов , запрещенных в обращении в Республике Казахстан.</p>		
47	<p>Установление сотрудниками органов внутренних дел личного доставленного и сообщение медицинскому персоналу ЦВАД.</p> <p>Отсутствие документов, удостоверяющих личность доставленного, не служит основанием отказа в помещении его в ЦВАД.</p>		



48	<p>Осуществление регистрации лица, доставленного с подозрением на алкогольное опьянение в журнале учета приемов и отказов в госпитализации по утвержденной форме</p> <p>После регистрации доставленного лица, врачом-психиатром (наркологом) проводится медицинское освидетельствование для определения наличия показаний и противопоказаний к помещению в ЦВАД.</p>		
49	<p>Результаты медицинского освидетельствования оформляются в заключении о медицинском освидетельствовании, проведенном в ЦВАД (далее - заключение) по утвержденной форме</p> <p>В заключении описывается клиническое состояние со следующими выводами: подлежит помещению в ЦВАД; отказано в помещении в ЦВАД.</p> <p>Заключение составляется в двух экземплярах, которые заверяются подписью врача-психиатра (нарколога). Один экземпляр заключения выдается сотруднику органов внутренних дел, осуществившему доставку, второй экземпляр хранится в ЦВАД.</p> <p>Заключение приобщается к карте пациента,</p>		

	находящегося в центре временной адаптации и детоксикации.		
50	<p>Регистрация медицинским персоналом личных вещей, документов, денег и других ценностей в журнале регистрации документов и личных вещей пациентов по форме перед помещением пациента в ЦВАД.</p> <p>Одежда пациентов, помещенных в ЦВАД, хранится в индивидуальных шкафах. Документы, деньги, другие ценности хранятся в металлических шкафах (сейфах) в соответствующей таре. Шкаф для одежды и индивидуальная тара имеют одинаковый порядковый номер.</p>		
51	Наличие карты помещенного в ЦВАД, находящегося в центре временной адаптации и детоксикации (далее – карта пациента) При наличии медицинских показаний назначается лечение. Назначения врача заносятся в карту пациента. Кратность врачебных осмотров зависит от состояния пациента.		
52	Выписка пациента осуществляется врачом-психиатром (наркологом) в плановом порядке при достижении улучшения состояния, не требующего дальнейшего наблюдения и лечения в условиях ЦВАД, в течение 24 (двадцати четырех) часов с момента		

	<p>поступления. При выписке делается соответствующая запись в карте пациента и журнале учета приемов и отказов в госпитализации .</p>		
53	<p>Письменное подтверждение пациента, о том, что при получении своих документов и личных вещей все документы и личные вещи получены в соответствии с записью в журнале регистрации документов и личных вещей пациентов, кроме вещей, хранение которых является незаконным.</p>		
<p>Требования для субъектов(объектов), оказывающих медицинское освидетельствование и проведения смены пола для лиц с расстройствами половой идентификации</p>			
54	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе</p>		
	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требования по проведению медицинского освидетельствования лиц с расстройствами половой идентификации для смены пола:  Лицо, с расстройствами половой идентификации, достигшее двадцати одного года, дееспособное, кроме лица с психическими, поведенческими расстройствами (</p>		

55	<p>заболеваниями) (далее – ППР), желающее провести смену пола (далее – освидетельствуемое лицо), обращается с письменным заявлением в организацию, оказывающую медицинскую помощь в области психического здоровья (далее – медицинская организация).</p> <p>Врач психиатр проводит осмотр и изучение, имеющихся документов освидетельствуемого лица с целью установления ППР, являющихся противопоказаниями для смены пола.</p>		
56	<p>Направление врачом психиатром освидетельствуемого лица при наличии сомнений в психическом состоянии на стационарное обследование в медицинскую организацию</p>		
57	<p>Направление освидетельствуемого лица врачом психиатром при отсутствии ППР, являющихся противопоказаниями для смены пола, в поликлинику по месту жительства, на прохождение медицинского обследования</p> <p>После прохождения медицинского обследования врач психиатр направляет освидетельствуемое лицо на медицинское освидетельствование комиссии, утверждаемой</p>		

руководителем медицинской организации.		
--	--	--

Должностное (ые) лицо (а) \_\_\_\_\_

должность подпись

\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество (при наличии)

Руководитель субъекта контроля \_\_\_\_\_

должность подпись

\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество (при наличии)

Приложение 11  
к совместному приказу  
Министр национальной экономики  
Республики Казахстан  
от 29 мая 2023 года № 91  
и Министр здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 29 мая 2023 года № 90

Приложение 11  
к совместному приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 15 ноября 2018 года  
№ ҚР ДСМ-32  
и Министра национальной экономики  
Республики Казахстан  
от 15 ноября 2018 года № 70

## Проверочный лист

в сфере качества оказания медицинских услуг

\_\_\_\_\_

в соответствии со статьей 138

\_\_\_\_\_

Предпринимательского кодекса Республики Казахстан в отношении

\_\_\_\_\_

субъектов (объектов), предоставляющих лабораторные услуги  
наименование однородной группы субъектов (объектов) контроля

\_\_\_\_\_

Государственный орган, назначивший проверку/профилактического контроля  
с посещением субъекта (объекта) контроля

\_\_\_\_\_

Акт о назначении проверки/профилактического контроля с посещением субъекта

(объекта) контроля

№, дата

Наименование субъекта (объекта) контроля

(Индивидуальный идентификационный номер), бизнес-идентификационный номер субъекта (объекта) контроля

Адрес места нахождения

№	Перечень требований	Соответствует требованиям	Не соответствует требованиям
1	2	3	4
1	Н а л и ч и е подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе		
2	Наличие письменного добровольного согласия пациента либо его законного представителя при инвазивных вмешательствах и на проведение лечебно-диагностических мероприятий		
3	Наличие в штате лаборатории специалиста по биобезопасности (при штате лабораторного персонала больше двадцати штатных единиц)		
4	Наличие в организациях первичной медико-санитарной помощи портативных		

	анализаторов на тест-полосках		
5	<p>Наличие на стационарном уровне в организациях здравоохранения в составе консультативно-диагностической лаборатории (далее - КДЛ) созданной дополнительного подразделения либо отдельной экспресс-лаборатория при отделениях реанимации для выполнения экстренных и неотложных лабораторных исследований в минимальные сроки от взятия пробы до сообщения результата (в течении 15-60 минут). Для экстренной оценки патологического состояния пациентов проводятся общеклинические и биохимические исследования, в том числе экспресс-тесты. Лабораторная диагностика экспресс-лабораторией осуществляется при различных неотложных состояниях (при проведении хирургических вмешательств, оказании анестезиологического пособия, ведении больных в отделениях реанимации и интенсивной терапии) в круглосуточном режиме. При отсутствии экспресс-лаборатории в организациях здравоохранения, оказывающих стационарную помощь в вечернее и ночное время,</p>		

	а также в воскресные и праздничные дни, работа в КДЛ обеспечивается дежурной бригадой, состоящей из врачей и лаборантов		
6	Выполнение процессов по управлению качеством клинических лабораторных исследований по принципу этапности, который включает в себя преаналитический, аналитический и постаналитический этапы лабораторного исследования		
7	Использование для выполнения исследований сертифицированного и зарегистрированного в Республике Казахстан оборудования, диагностических наборов реагентов, тест-систем и комплектующих расходных материалов		
8	Наличие лабораторной информационной системы		
9	Проведение внутрिलाбораторного контроля качества исследования		
10	Соблюдение тройной упаковки и температурного режима при осуществления транспортировки биоматериала, в том числе авто-, авиа- и железнодорожным транспортом		
11	Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении алгоритма проведения контроля		



	аналитического качества в лабораторной диагностике		
12	Наличие договора на оказание платных медицинских услуг в организациях здравоохранения. Наличие документов, устанавливающих факт сооплаты		
13	Н а л и ч и е подтверждающей документации о компетентности и качестве лабораторной диагностики		
14	Документирование проведения лабораторной диагностики		

Должностное (ые) лицо (а) \_\_\_\_\_

должность подпись

\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество (при наличии)

Руководитель субъекта контроля \_\_\_\_\_

должность подпись

\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество (при наличии)

Приложение 12  
к совместному приказу  
Министр национальной экономики  
Республики Казахстан  
от 29 мая 2023 года № 91  
и Министр здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 29 мая 2023 года № 90

Приложение 12  
к совместному приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 15 ноября 2018 года  
№ ҚР ДСМ-32  
и Министра национальной экономики  
Республики Казахстан  
от 15 ноября 2018 года № 70

**Проверочный лист**

в сфере качества оказания медицинских услуг

в соответствии со статьей 138

Предпринимательского кодекса Республики Казахстан в отношении

субъектов (объектов), оказывающих скорую медицинскую помощь и медицинскую помощь в форме медицинской авиации наименование однородной группы субъектов (объектов) контроля

Государственный орган, назначивший проверку/профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) контроля

Акт о назначении проверки/профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) контроля

№, дата

Наименование субъекта (объекта) контроля

(Индивидуальный идентификационный номер), бизнес-идентификационный номер субъекта (объекта) контроля

Адрес места нахождения

№	Перечень требований	Соответствует требованиям	Не соответствует требованиям
1	2	3	4
Общие требования			
1	Н а л и ч и е подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе		

2	Н а л и ч и е подтверждающей документации о соответствии проведенных лечебных и диагностических мероприятий с рекомендациями клинических протоколов		
	<p>Наличие документации (внутренние приказы, положения, протоколы, анкеты, аналитические справки) о проведении клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям:</p> <p>1) общее количество выявленных нарушений, их структура, возможные причины и пути устранения;</p> <p>1) количество выявленных нарушений, повлекших ухудшение состояния здоровья;</p> <p>Службой проводится экспертиза: в организациях скорой медицинской помощи экспертиза качества медицинских услуг (помощи) не менее 10 % обслуженных вызовов за квартал, в том числе все случаи: выезда к пациенту после отказа в госпитализации медицинской организацией, оказывающей стационарную помощь; отказа от медицинской помощи с указанием возможных последствий, оформленных записью в медицинских документах, в том числе в электронной форме, подписанной пациентом либо его законным</p>		

представителем, а также медицинским работником; отказа от подписания пациентом либо его законным представителем отказа от медицинской помощи, с соответствующей записью об этом в медицинской документации, в том числе в электронной форме, подписанной медицинским работником; повторных вызовов к одному и тому же пациенту по тому же заболеванию в течение суток с момента первого вызова, за исключением случаев: летальности при вызовах: смерть до прибытия бригады, смерть в присутствии бригады;

Результаты внутренней экспертизы, в том числе их сопоставление с результатами внешней экспертизы, выносятся и разбираются на заседаниях Службы, внутрибольничных комиссий, на врачебных конференциях с последующим принятием организационных решений, с целью повышения уровня знаний медицинских работников и выработки оптимальных подходов к лечебно-диагностическому процессу, которые оформляются протоколом. По результатам внутренней экспертизы руководителю медицинской организации ежемесячно Службой вносятся предложения по устранению выявленных

	причин и условий снижения качества оказываемых медицинских услуг (помощи).		
Для скорой медицинской помощи			
4	Оснащение санитарного автотранспорта радиосвязью и навигационной системой		
5	Наличие в службе скорой медицинской помощи областей, городов республиканского значения и столицы автоматизированной системы управления по приему и обработке вызовов и систем, позволяющим вести мониторинг за санитарным автотранспортом посредством навигационных систем, а также системы компьютерной записи диалогов с абонентами и автоматическим определителем номера телефона, с которого поступает вызов. Хранение записей диалогов осуществляется не менее 2 лет.		
6	Наличие региональных Call-центров (колл-центры) в составе областных станции скорой медицинской помощи и станциях скорой медицинской помощи городов республиканского значения и столицы		
7	Соблюдение пяти минутной обработки вызова скорой медицинской помощи с момента его получения диспетчером, в течение		

	<p>которого проводится сортировка по категории срочности вызова.</p>		
8	<p>Соблюдение времени прибытия бригады до места нахождения пациента с момента получения вызова от диспетчера согласно перечню категорий срочности вызовов скорой медицинской помощи (от 10 минут до 60 минут)</p>		
9	<p>Правильное определение диспетчером ССМП вызовов по категории срочности согласно:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) вызов 1 (первой) категории срочности – состояние пациента, представляющее непосредственную угрозу жизни, требующее оказания немедленной медицинской помощи;</li> <li>2) вызов 2 (второй) категории срочности – состояние пациента, представляющее потенциальную угрозу жизни без оказания медицинской помощи;</li> <li>3) вызов 3 (третьей) категории срочности – состояние пациента, представляющую потенциальную угрозу для здоровья без оказания медицинской помощи;</li> <li>4) вызов 4 (четвертой) категории срочности – состояние пациента, вызванное острым заболеванием или обострением хронического заболевания, без внезапных и выраженных нарушений органов и систем, при отсутствии непосредственной и</li> </ol>		

	потенциальной угрозы жизни и здоровью пациента.		
10	<p>Принятие фельдшером или врачом бригады ССМП или отделения СМП при организации ПМСП одно из следующих решений по результатам данных осмотра, инструментальной диагностики, динамики состояния пациента на фоне или после проведенных лечебных мероприятий, в соответствии с предварительным диагнозом, отражающим причины данного состояния.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- транспортировка пациента в медицинскую организацию, оказывающую стационарную помощь (далее – стационар);</li> <li>- пациент оставлен на месте вызова;</li> <li>- пациент оставлен на дому (по месту проживания)</li> </ul>		
11	Наличие медицинских рекомендаций для дальнейшего обращения в организацию ПМСП (по месту жительства или прикрепления в случае оставления пациента, не нуждающегося в госпитализации, на месте вызова или на дому, бригадой ССМП или отделения СМП при организации ПМСП предоставляются		
12	Наличие сигнального листа для пациента в случае заболевания пациента и		

	необходимости его посещения на дому участковым врачом		
13	Наличие фиксирования следующих данных при поступлении вызова в диспетчерскую службу станции скорой медицинской помощи: 1) фамилия, имя, отчества (при его наличии), возраст и пол пациента; 2) данные по состоянию пациента и обстоятельства несчастного случая, травмы или заболевания; 3) адрес и телефон, а также ориентировочные данные по проезду к месту нахождения пациента.		
14	Соблюдение времени прибытия фельдшерских и специализированных (врачебных) бригад до места нахождения пациента с момента получения вызова от диспетчера станции скорой медицинской помощи с учетом категории срочности: 1) 1 категория срочности – до десяти минут; 2) 2 категория срочности – до пятнадцати минут; 3) 3 категория срочности - до тридцати минут; 4) 4 категория срочности - до шестидесяти минут		
15	Н а л и ч и е информирования диспетчера ССМП приемного отделения стационара о доставке пациента в случае принятия решения бригадой ССМП или отделения СМП при		



	организации ПМСП о транспортировке пациента в стационар		
16	Наличие минимального перечня медицинских изделий санитарного транспорта станции скорой медицинской помощи по классам А, В и С		
Для медицинской помощи в форме медицинской авиации			
17	Наличие задание на санитарный полет по форме № 090/у		
18	Н а л и ч и е подтверждающей документации о проведении мобильной бригадой медицинской авиации при транспортировке пациента (ов) на постоянной основе оценку состояния и лечение пациента (ов) по соответствующим клиническим протоколам диагностики и лечения		
19	Наличие оснований для предоставления медицинской помощи в форме медицинской авиации (выписка из медицинской карты пациента, нуждающегося в медицинской помощи в форме медицинской авиации; заявка врача-координатора отделения медицинской авиации диспетчеру Координирующей организации; в экстренных случаях устное поручение уполномоченного органа, с письменным подтверждением; вызов от службы СМП и других экстренных служб)		
	Наличие согласования диспетчером		

20	<p>Координирующей организации состава мобильной бригады медицинской авиации и привлеченного квалифицированного (ых) профильного (ых) специалиста (специалистов) из медицинских организаций региона с получением их информированного согласия</p>		
21	<p>Н а л и ч и е в Координирующей организации утвержденного субъектами здравоохранения и организациями медицинского образования графика квалифицированных специалистов по оказанию медицинской помощи в форме медицинской авиации</p>		
22	<p>Н а л и ч и е информированного согласия пациента (ов) на оказание медицинской помощи в форме медицинской авиации при его транспортировке. В отношении несовершеннолетних и граждан, признанных судом недееспособными, согласие предоставляют их законные представители. Оказание медицинской помощи пациентам, находящимся в бессознательном состоянии, принимается решением консилиума или врачом медицинской организации региона, или мобильной бригадой медицинской авиации, или квалифицированным специалистом с уведомлением в</p>		

произвольной форме должностных лиц медицинской организации.		
--	--	--

Должностное (ые) лицо (а) \_\_\_\_\_  
должность подпись

\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество (при наличии)  
Руководитель субъекта контроля \_\_\_\_\_  
должность подпись

\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество (при наличии)

Приложение 13  
к совместному приказу  
Министр национальной экономики  
Республики Казахстан  
от 29 мая 2023 года № 91  
и Министр здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 29 мая 2023 года № 90

Приложение 13  
к совместному приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 15 ноября 2018 года  
№ ҚР ДСМ-32  
и Министра национальной экономики  
Республики Казахстан  
от 15 ноября 2018 года № 70

## Проверочный лист

в сфере качества оказания медицинских услуг

\_\_\_\_\_

в соответствии со статьей 138

\_\_\_\_\_

Предпринимательского кодекса Республики Казахстан в отношении

\_\_\_\_\_

субъектов (объектов), осуществляющих деятельность в сфере профилактики  
ВИЧ-инфекции наименование однородной группы субъектов (объектов) контроля

\_\_\_\_\_

Государственный орган, назначивший проверку/профилактического контроля  
с посещением субъекта (объекта) контроля

\_\_\_\_\_

Акт о назначении проверки/профилактического контроля с посещением субъекта

(объекта) контроля

№, дата

Наименование субъекта (объекта) контроля \_\_\_\_\_

(Индивидуальный идентификационный номер), бизнес-идентификационный номер субъекта (объекта) контроля \_\_\_\_\_

Адрес места нахождения \_\_\_\_\_

№	Перечень требований	Соответствует требованиям	Не соответствует требованиям
1	2	3	4
1	Н а л и ч и е подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе		
2	Проведение обследования методом экспресс-тестирования с регистрацией в журнале исследований на ВИЧ методом экспресс тестирования. В случае положительного результата экспресс-теста при информированном согласии тестируемого лица и наличии документа, удостоверяющего личность, проводится обследование на ВИЧ-инфекцию в соответствии с порядком проведения диагностики ВИЧ-инфекции у взрослых и детей старше 18 месяцев.		

3	<p>Наличие письменного уведомления организацией здравоохранения, выявившие при медицинском обследовании факт ВИЧ-инфекции у обследуемого о полученном результате, о необходимости соблюдения мер предосторожности, направленных на охрану собственного здоровья и здоровья окружающих, а также предупреждение об административной и уголовной ответственности за уклонение от лечения и заражение других лиц с подписанием пациентом л и с т а конфиденциального собеседования с лицом, инфицированным ВИЧ согласно форме № 095/у</p>		
4	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении сроков выдачи отрицательных результатов. Отрицательный результат обследуемый получает по месту забора крови при предъявлении документа, удостоверяющего личность или электронного документа из сервиса цифровых документов в течение 3 (трех) рабочих дней с момента поступления образца крови для исследования в лабораторию.</p>		
	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о</p>		

5

соблюдении сроков направления образцов сыворотки в РГОЗ.  
При получении двух положительных результатов исследований образец сыворотки объемом не менее 1 (одного) мл направляется в лабораторию РГОЗ для проведения подтверждающих исследований в срок не позднее трех рабочих дней с момента последней постановки.

Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении сроков повторного обследования при сомнительном результате.  
При получении противоречивых результатов исследований, результат считается сомнительным. Через 14 (четырнадцать) календарных дней проводится повторный забор крови и исследование на ВИЧ-инфекцию, согласно первому этапу проведения диагностики ВИЧ-инфекции у взрослых (РГОЗ информацию о сомнительном результате на ВИЧ-инфекцию передает в территориальную государственную организацию здравоохранения, осуществляющую деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции, для повторного обследования на ВИЧ-инфекцию).

При получении повторного сомнительного результата на ВИЧ-инфекцию через 14 (четырнадцать) календарных дней, проводятся дополнительные исследования с применением других серологических тестов. Отрицательный результат выдается по двум отрицательным результатам из трех проведенных исследований. Положительный результат выдается по двум положительным результатам из трех проведенных исследований. В случае обследования беременных дополнительно используются молекулярно-биологические тесты (количественное определение рибонуклеиновой кислоты ВИЧ с чувствительностью теста не более 50 копий/мл или определение провирусной дезоксирибонуклеиновой кислоты ВИЧ).

Наличие дотестового и послетестового консультирования. Дотестовое консультирование предоставляется через средства наглядной агитации, которые демонстрируются в местах ожидания. Дотестовое консультирование включает:

1) информацию о пользе обследования на ВИЧ-инфекцию, путях передачи и значении ВИЧ-положительного и ВИЧ-отрицательного результатов теста;

2) разъяснение об имеющихся услугах в случае

ВИЧ-положительного диагноза, включая разъяснение о бесплатном получении антиретровирусной терапии;

3) краткое описание методов профилактики и обследования партнера при положительном результате теста на ВИЧ-инфекцию;

4) гарантию конфиденциальности результатов теста.

Наличие послетестового консультирования обследованных.

Послетестовое консультирование включает:

1) сообщение пациенту результата тестирования и значения результата;

2) информирование о возможном нахождении в серонегативном окне (при неопределенном или отрицательном результате) и необходимости повторного обследования на ВИЧ-инфекцию;

3) разъяснение возможностей снижения риска инфицирования за счет изменения поведения;

4) информирование о возможностях дополнительной медицинской помощи для ключевых групп



	<p>населения, психо-социальной помощи; 5) психологическую помощь и поддержку.</p>		
8	<p>Направление организацией здравоохранения, осуществляющей деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции в территориальный государственный орган в с ф е р е санитарно-эпидемиологи ческого благополучия экстренного извещения по форме № 034/у на каждый случай ВИЧ-инфекции, предположительно связанный с оказанием медицинской помощи (  внутрибольничный)</p>		
9	<p>Наличие Листа конфиденциального собеседования с лицом, инфицированным ВИЧ, Формы № 095/у, которая включает: согласие на внесение персональных данных в электронные информационные ресурсы .При отказе на ввод персональных данных в систему ЭС, вносятся данные, которые включают номер иммунного блотинга (  далее – ИБ), дату ИБ, инициалы, дата рождения , д а н н ы е эпидемиологического анамнеза</p>		
	<p>Мониторинг и оценка охвата ключевых групп населения и людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, проводится путем ведения базы данных индивидуального учета</p>		

10	клиентов и соответствующих форм учетной и отчетной документации специалистами организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции		
11	Осуществление перевода работодателем медицинских работников с установленным диагнозом "ВИЧ-инфекция" на другую работу, не связанную с нарушением целостности кожных покровов или слизистых		
12	Н а л и ч и е подтверждающей документации об осуществлении диагностики и лечения ИППП. В дружественных кабинетах осуществляется диагностика и лечение ИППП по клиническим протоколам диагностики и лечения ИППП		
13	Наличие оборудованного транспорта для передвижных пунктов доверия		
14	Н а л и ч и е подтверждающей документации о осуществлении доконтактной и постконтактной профилактики среди населения и ключевых групп населения		
	Наличие наблюдения за контактными в установленные сроки. За контактными устанавливается наблюдение в		

организации здравоохранения, осуществляющей деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции. Продолжительность наблюдения за контактными устанавливается для:

- 1) детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей – восемнадцать месяцев;
- 2) медицинских работников в случае аварийной ситуации – три месяца;
- 4) реципиентов донорского биоматериала – три месяца;
- 5) половых партнеров ВИЧ-инфицированных и контактных по совместному введению наркотиков - до получения через 3 месяца после завершения контакта отрицательного результата теста на ВИЧ-инфекцию; при продолжающемся контакте проводится обследование контактных на наличие ВИЧ-инфекции 2 раза в год;
- 6) лиц из внутрибольничного очага - три месяца после выписки из медицинской организации; в случае, если после выписки прошло более трех месяцев, контактные проходят однократное обследование, при отрицательном результате наблюдение прекращается.

Наличие динамического наблюдения и обеспечение антиретровирусной

терапии ВИЧ-инфицированных лиц. Результаты лабораторного обследования контактных фиксируются в амбулаторной карте ВИЧ-инфицированного, состоящего на диспансерном учете (дискордантные пары). ВИЧ-инфицированный в динамике представляет данные на изменение семейного положения, фамилии, имени, отчества (при его наличии), данные о новых контактных лицах для обследования и наблюдения, которые вводятся в базу электронного слежения. Предоставление антиретровирусной терапии для снижения риска передачи ВИЧ-инфекции с момента установления диагноза проводится по рекомендациям клинических протоколов диагностики и лечения ВИЧ-инфекции у взрослых и детей, с привлечением услуг аутрич работников и социальных работников.

Наличие документации (внутренние приказы, положения, протоколы, анкеты, аналитические справки) о проведении клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям:  
1) качество сбора анамнеза, которое оценивается по следующим критериям:

отсутствие сбора анамнеза;  
полнота сбора анамнеза;  
наличие данных о перенесенных, хронических и наследственных заболеваниях, проведенных гемотрансфузиях, переносимости лекарственных препаратов, аллергологический статус;  
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:  
отсутствие диагностических мероприятий;  
неправильное заключение или отсутствие заключения по результатам проведенных диагностических исследований, приведшие к неправильной постановке диагноза и ошибкам в тактике лечения;  
проведение диагностических исследований, предусмотренных клиническими протоколами;  
проведение диагностических исследований с высоким, неоправданным риском

для состояния здоровья пациента, обоснованность проведения диагностических исследований, не вошедших в клинические протокола; 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: диагноз отсутствует, неполный или неправильный, не соответствует международной классификации болезней; не выделен ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть течения заболевания, не распознаны сопутствующие заболевания и осложнения; диагноз правильный, но неполный, не выделен ведущий патологический синдром при выделенных осложнениях, не распознаны сопутствующие

заболевания, влияющие на исход;

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 (помощи);

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

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

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

консультация своевременная, мнение консультанта учтено при постановке диагноза, невыполнение рекомендации

консультанта по лечению частично повлияло на исход заболевания; мнение консультанта ошибочное и повлияло на исход заболевания.

Н а л и ч и е подтверждающей документации о проведении оценки объективности причин несвоевременной консультации и влияния несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);

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

- отсутствие лечения при наличии показаний;
- назначение лечения при отсутствии показаний;
- назначение малоэффективных лечебных мероприятий без учета особенностей течения заболевания, сопутствующих заболеваний и осложнений;
- выполнение лечебных мероприятий не в полном объеме, без учета функционального состояния органов и систем, назначения лекарственных средств без доказанной клинической эффективности;
- необоснованное 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, оцениваются 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:

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

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

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

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		
---	--	--

Должностное (ые) лицо (а) \_\_\_\_\_

должность подпись

\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество (при наличии)

Руководитель субъекта контроля \_\_\_\_\_

должность подпись

\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество (при наличии)

Приложение 14  
к совместному приказу  
Министр национальной экономики  
Республики Казахстан  
от 29 мая 2023 года № 91  
и Министр здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 29 мая 2023 года № 90

Приложение 14  
к совместному приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 15 ноября 2018 года  
№ ҚР ДСМ-32  
и Министра национальной экономики  
Республики Казахстан  
от 15 ноября 2018 года № 70

## Проверочный лист

в сфере качества оказания медицинских услуг

\_\_\_\_\_

в соответствии со статьей 138

\_\_\_\_\_

Предпринимательского кодекса Республики Казахстан в отношении

\_\_\_\_\_ субъектов (объектов), осуществляющих деятельность в сфере службы крови  
наименование однородной группы субъектов (объектов) контроля

\_\_\_\_\_ Государственный орган, назначивший проверку/профилактического контроля  
с посещением субъекта (объекта) контроля

\_\_\_\_\_ Акт о назначении проверки/профилактического контроля с посещением субъекта  
(объекта) контроля

\_\_\_\_\_ №, дата  
Наименование субъекта (объекта) контроля \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Индивидуальный идентификационный номер), бизнес-идентификационный номер  
субъекта (объекта) контроля \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Адрес места нахождения \_\_\_\_\_

№	Перечень требований	Соответствует требованиям	Не соответствует требованиям
1	2	3	4
1	Н а л и ч и е подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе		
2	Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении в организации службы крови требований поэтапной маркировки крови и ее компонентов.		

	<p>Обеспечение условий для прослеживаемости движения каждого продукта крови от донора до получения готового продукта и его использование</p>		
3	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о соответствии требований лабораторного исследования образцов крови реципиента на наличие маркеров гемотрансмиссивных инфекций до и после трансфузий проведенных качественными иммуносерологическими и молекулярно-биологическими методами на автоматических анализаторах закрытого типа.</p>		
4	<p>Наличие регистрации в электронной информационной базе данных после донации крови и ее компонентов всей информации о донации крови и ее компонентов, в том числе вид реакции и объем оказанной медицинской помощи, в случае побочных эффектов донации, соответствие документов по передаче в блок первичного фракционирования с сопроводительной документацией заготовленной крови и ее компонентов</p>		
5	<p>Н а л и ч и е предоставленной донору анкеты донора крови и ее компонентов, которую он заполняет самостоятельно или при участии медицинского</p>		

	регистратора, а также информационный лист		
6	Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований по выполнению иммуногематологических исследований на наличие нерегулярных антиэритроцитарные антител в жидкофазных системах на плоскости и в пробирках, прочтение результата реакции агглютинации с обязательной микроскопией.		
7	Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований по входному и ежедневному внутрилабораторному контролю качества реагентов для подтверждения их активности, и специфичности. Входному контролю подлежат: 1) закупленные материалы (контейнеры для сбора крови, реагенты, тест-системы, дезинфицирующие средства, инструменты и другие материалы), номенклатура которых утверждается первым руководителем организации службы крови; 2) единицы донорской крови и ее компонентов (при приемке в производство)		
	Помещение собранной в выездных условиях крови в термоконтейнеры с маркировкой " Гемопродукция		

8	необследованная, выдаче не подлежит" и при температуре $22\pm 2^{\circ}\text{C}$ доставляется в течение 18-24 часов в организацию службы крови		
9	Использование реагентов с моноклональными антителами и оборудования, зарегистрированного государственным органом в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий для иммуногематологических исследований образцов крови потенциальных реципиентов		
10	Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований переливания крови, ее компонентов		
11	Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований прохождения донором перед донацией крови и ее компонентов обязательного медицинского обследования в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи		
12	Соответствие требований к медицинскому освидетельствованию доноров, безопасности и качеству при производстве продуктов крови для медицинского применения		
13	Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требований внешней оценки качества измерений лабораторных		

	исследований в референс-лабораториях		
14	Соблюдение требований по входному и ежедневному внутрилабораторному контролю качества реагентов для подтверждения их активности, и специфичности.		
15	Н а л и ч и е предоставленной донору анкеты донора крови и ее компонентов, которую он заполняет самостоятельно или при участии медицинского регистратора.		
16	Входному контролю подлежат: 1) закупленные материалы (контейнеры для сбора крови, реагенты, тест-системы, дезинфицирующие средства, инструменты и другие материалы), номенклатура которых утверждается первым руководителем организации службы крови;		
17	Соответствие требований к медицинскому освидетельствованию доноров, безопасности и качеству при производстве продуктов крови для медицинского применения		
	Наличие документации (внутренние приказы, положения, протоколы, анкеты, аналитические справки) о проведении клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям:		

1) качество сбора анамнеза, которое оценивается по следующим критериям: отсутствие сбора анамнеза; полнота сбора анамнеза; наличие данных о перенесенных, хронических и наследственных заболеваниях, проведенных гемотрансфузиях, переносимости лекарственных препаратов, аллергологический статус; 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: отсутствие диагностических мероприятий; неправильное заключение или отсутствие заключения по результатам проведенных диагностических исследований, приведшие к неправильной постановке диагноза и ошибкам в тактике лечения; проведение диагностических исследований, предусмотренных клиническими протоколами;



проведение  
диагностических  
исследований с высоким,  
неоправданным риском  
для состояния здоровья  
пациента,  
обоснованность  
проведения  
диагностических  
исследований, не  
вошедших в клинические  
протокола;

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:  
диагноз отсутствует,  
неполный или  
неправильный, не  
соответствует  
международной  
классификации болезней;  
не выделен ведущий  
патологический синдром,  
определяющий тяжесть  
течения заболевания, не  
распознаны  
сопутствующие  
заболевания и  
осложнения;

диагноз правильный, но  
неполный, не выделен  
ведущий патологический

синдром при выделенных осложнениях, не распознаны сопутствующие заболевания, влияющие на исход; 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 (помощи);

4) своевременность и качество консультаций профильных специалистов, которые оцениваются по следующим критериям: отсутствие консультации, приведшее к ошибочной трактовке симптомов и синдромов, отрицательно повлиявших на исход заболевания;

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

консультация своевременная, мнение

консультанта учтено при постановке диагноза, невыполнение рекомендации консультанта по лечению частично повлияло на исход заболевания; мнение консультанта ошибочное и повлияло на исход заболевания.

Н а л и ч и е подтверждающей документации о проведении оценки объективности причин несвоевременной консультации и влияния несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);

5) объем, качество и обоснованность проведения лечебных мероприятий, которые оцениваются по следующим критериям: отсутствие лечения при наличии показаний; назначение лечения при отсутствии показаний; назначение малоэффективных лечебных мероприятий без учета особенностей течения заболевания, сопутствующих заболеваний и осложнений; выполнение лечебных мероприятий не в полном объеме, без учета функционального состояния органов и систем, назначения лекарственных средств без доказанной клинической эффективности; необоснованное отклонение от требований клинических протоколов, наличие

полипрагмазии,  
приведшее к развитию  
нового патологического  
синдрома и ухудшению  
состояния пациента;

6) отсутствие или  
развитие осложнений  
после медицинских  
вмешательств,  
оцениваются 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:  
достижение ожидаемого  
клинического эффекта  
при соблюдении  
технологии оказания  
медицинских услуг (   
помощи);  
отсутствие клинического  
эффекта лечебных и  
профилактических  
мероприятий вследствие  
некачественного сбора  
анамнеза и проведения  
диагностических  
исследований;  
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; 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		
--	--	--

Должностное (ые) лицо (а) \_\_\_\_\_  
должность подпись

\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество (при наличии)  
Руководитель субъекта контроля \_\_\_\_\_  
должность подпись

\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество (при наличии)

Приложение 15  
к совместному приказу  
Министр национальной экономики  
Республики Казахстан  
от 29 мая 2023 года № 91  
и Министр здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 29 мая 2023 года № 90  
Приложение 22  
к совместному приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 15 ноября 2018 года  
№ ҚР ДСМ-32  
и Министра национальной экономики  
Республики Казахстан  
от 15 ноября 2018 года № 70

**Проверочный лист**

в сфере качества оказания медицинских услуг

в соответствии со статьей 138

Предпринимательского кодекса Республики Казахстан в отношении

субъектов (объектов), оказывающих патологоанатомическую диагностику  
наименование однородной группы субъектов (объектов) контроля

Государственный орган, назначивший проверку/профилактического контроля  
с посещением субъекта (объекта) контроля

Акт о назначении проверки/профилактического контроля с посещением субъекта  
(объекта) контроля

№, дата

Наименование субъекта (объекта) контроля \_\_\_\_\_

(Индивидуальный идентификационный номер), бизнес-идентификационный номер  
субъекта (объекта) контроля \_\_\_\_\_

Адрес места нахождения \_\_\_\_\_

№	Перечень требований	Соответствует требованиям	Не соответствует требованиям
1	2	3	4
1	Н а л и ч и е подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе		
	Соблюдение требования по регистрации отказа в принятии биологического материала, скрепленного		

2	с копией направления на анализ биологического материала в патологоанатомическом отделении в отдельной папке ("Отклоненные пробы"), а также в отдельном журнале ("Отклоненные пробы")		
3	Соблюдение врачом-патологоанатомом требования по участию лаборанта в производстве на основании акта вырезки, макроскопического изучения и макроскопического описания биологического материала. При необходимости получения дополнительной клинической информации на этапе макроскопического изучения биологического материала привлекается врач-специалист, направивший материал на исследование		
4	Соблюдение требования согласно которому толщина фрагментов ткани составляет 5 миллиметров (далее – мм), средний диаметр - не более 24 мм		
5	Наличие в протоколе патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) и аутопсийного материала микроскопического описания		
6	Соблюдение требования по выдаче результатов патоморфологического исследования с записями в журналах установленной формы медицинским		

	регистратором или лаборантом		
7	Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требования по хранению тканевых образцов в парафиновых блоках осуществляемого в едином архиве, организованном по принципу сквозной нумерации		
8	Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требования по хранению тканевых образцов в парафиновых блоках в специально оборудованном сухом и прохладном помещении, с использованием специализированных архивных систем, так и приспособленных контейнеров, а также хранение микропрепаратов в специализированных архивных системах		
9	Соблюдение требования по размещению микропрепаратов в ящики таким образом, чтобы стекла, относящиеся к одному случаю, располагались одним неделимым блоком		
10	Соблюдение требования по осуществлению лаборантом сортировки и подготовки к утилизации биологических и медицинских отходов		
11	Наличие письменного согласия супруга (супруги) или одного из близких родственников, или законного представителя при патологоанатомической		



	<p>диагностике при неустановленной непосредственной причины смерти</p>		
12	<p>Соблюдение требования по произведению независимым (независимыми) экспертом (экспертами) патологоанатомического вскрытия умершего по требованию супруга (супруги), близких родственников или законного представителя</p>		
13	<p>Соблюдение требования по оформлению врачом по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" медицинского свидетельства о смерти (предварительное, окончательное) в день проведения патологоанатомического вскрытия</p>		
14	<p>Соблюдение требования по оформлению результатов вскрытия в виде протокола патологоанатомического исследования</p>		
	<p>Соблюдение требования по прекращению вскрытия при обнаружении признаков насильственной смерти во время проведения патологоанатомического исследования трупа, руководитель медицинской организации письменно сообщает о случившемся в судебно-следственные органы для решения вопроса о передаче трупа на судебно-медицинскую экспертизу. Врач по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)"</p>		

15	<p>принимает меры к сохранению тела, органов и тканей трупа для дальнейшей судебно-медицинской экспертизы. На произведенную часть патологоанатомического исследования составляется протокол, в конце которого указывается основание для дальнейшего производства судебно-медицинской экспертизы. О каждом случае прерванного патологоанатомического вскрытия врач-патологоанатом письменно извещает заведующего отделением, администрацию организации здравоохранения, где произошла смерть, сразу после прерывания вскрытия</p>		
16	<p>Соблюдение требования по направлению экстренного извещения в государственный орган в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения врачом по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" в случае первичного обнаружения во время вскрытия признаков острого инфекционного заболевания, пищевого или производственного отравления, необычной реакции на прививку</p>		
	<p>Соблюдение требования по патологоанатомическому вскрытию всех умерших в медицинских организациях, в том числе организациях</p>		

17	<p>родовспоможения, новорожденных детей ( независимо от того, сколько времени после рождения наблюдались у них признаки жизни) и мертворожденных плодов с массой тела 500 грамм и более при сроке беременности 22 недели и более, в том числе после прерывания беременности ( самопроизвольного, по медицинским и социальным показаниям) с обязательным гистологическим исследованием плаценты и оформлением медицинского свидетельства о перинатальной смерти</p>		
18	<p>Соблюдение требования заведующим патологоанатомического отделения по обеспечению проведения вскрытия трупов умерших новорожденных и мертворожденных с обязательным гистологическим исследованием фрагментов тканей и органов и внесением в протокол патологоанатомического исследования</p>		
19	<p>Соблюдение требования руководителями организаций здравоохранения и заведующими патологоанатомического отделения организации по необходимому вирусологическому и бактериологическому исследованию материалов вскрытий умерших новорожденных, мертворожденных и плацент, используя для</p>		

	этого соответствующие лаборатории организаций здравоохранения или государственных органов и организаций в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		
20	Соблюдение требования по оформлению врачом по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" в день проведения патологоанатомического вскрытия медицинского свидетельства о перинатальной смерти (предварительное, окончательное, взамен предварительного)		
21	Соблюдение требования врачом по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" при оформлении патологоанатомического диагноза по результатам патологоанатомического вскрытия: 1) основное заболевание; 2) осложнение основного заболевания; 3) причину смерти; 4) сопутствующее заболевание; 5) комбинированное основное заболевание: конкурирующие заболевания, сочетанные заболевания, фоновое заболевание		
22	Соблюдение требования по оформлению и ведению первичной медицинской документации		
	Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требования по учету материалов		

патологоанатомических исследований (биопсийного, операционного и аутопсийного материала):

- 1) учетной единицей патологоанатомического исследования биологического материала является один объект (один фрагмент ткани, полученный в результате однократной диагностической или лечебной манипуляции или операции, залитый в один парафиновый или замороженный блок), обработанный одной окраской или реакцией;
- 2) регистрационный номер присваивается каждому объекту. На каждом гистологическом препарате указывается регистрационный номер, идентичный регистрационному номеру соответствующего блока. При необходимости выполнения нескольких окрасок (реакций) с одного блока, к регистрационному номеру микропрепарата, соответствующего номеру блока, добавляются дополнительные буквенные или цифровые идентификаторы окрасок (реакций);
- 3) регистрация биологического материала осуществляется в журнале регистрации поступления биопсийного (операционного) материала и выдачи

	результатов морфологических исследований		
24	<p>Соблюдение требования по невыдаче протокола патологоанатомического исследования для ознакомления супругу (супруге), близким родственникам, законным представителям или иным лицам.</p> <p>Супруге (супругу), близким родственникам или законным представителям, а при их отсутствии иным родственникам, а также по требованию правоохранительных органов и (или) суда, государственным органом в сфере оказания медицинских услуг (помощи) выдавания патологоанатомического заключения о причине смерти и диагнозе заболевания</p>		
25	<p>Соблюдение требования по выдаче оригиналов или копий протоколов патологоанатомического исследования по запросу органов дознания и предварительного следствия, прокурора, адвоката и (или) суда в связи с проведением расследования или судебного разбирательства, а также по запросу государственных органов в сфере оказания медицинских услуг (помощи)</p>		
	Соблюдение требований по проведению цитологических исследований, включающими в себя:		

26	<p>1) макроскопическую оценку и обработку доставленного биологического материала, полученного различными способами ( эксфолиация, пункция, отпечаток, смыв, биологические жидкости) ;</p> <p>2) приготовление и окрашивание микропрепаратов с последующей микроскопией;</p> <p>3) оценку результатов исследования и установление цитологического заключения;</p> <p>4) проведение корреляции цитологических и гистологических заключений</p>		
27	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о соблюдении требования по осуществлению лаборантом приема, первичной сортировки и регистрации биологического материала, поступившего в цитологическую лабораторию, макроскопического изучения, описания биологического материала, обработки биологического материала ( приготовление, фиксация , окраска, заключение, сортировка цитологических микропрепаратов)</p>		
28	<p>Наличие документации о соблюдении требования по производству микроскопического исследования на первом</p>		

	этапе лаборантом, затем врачом-цитологом		
29	Соблюдение требования по привлечению врача (профильный специалист) при необходимости получения дополнительной клинической информации на этапе микроскопического изучения биологического материала, направивший материал на исследование. Окончательное микроскопическое изучение мазков и оформление протокола результатов исследования производится врачом-цитологом		
30	Соблюдение требования по установлению врачом по специальности "патологическая анатомия (взрослая, детская)" категории и причины расхождения заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов		

Должностное (ые) лицо (а) \_\_\_\_\_  
должность подпись

\_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество (при наличии)  
Руководитель субъекта контроля \_\_\_\_\_  
должность подпись

\_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество (при наличии)

Приложение 16  
к совместному приказу  
Министр национальной экономики  
Республики Казахстан  
от 29 мая 2023 года № 91  
и Министр здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 29 мая 2023 года № 90



Приложение 23  
к совместному приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 15 ноября 2018 года  
№ ҚР ДСМ-32  
и Министра национальной экономики  
Республики Казахстан  
от 15 ноября 2018 года № 70

**Проверочный лист**

в сфере качества оказания медицинских услуг

в соответствии со статьей 138

Предпринимательского кодекса Республики Казахстан в отношении

субъектов (объектов), независимо от деятельности

наименование однородной группы субъектов (объектов) контроля

Государственный орган, назначивший проверку/профилактического контроля  
с посещением субъекта (объекта) контроля

Акт о назначении проверки/профилактического контроля с посещением субъекта  
(объекта) контроля

№, дата  
Наименование субъекта (объекта) контроля \_\_\_\_\_

(Индивидуальный идентификационный номер), бизнес-идентификационный номер  
субъекта (объекта) контроля \_\_\_\_\_

Адрес места нахождения \_\_\_\_\_

№	Перечень требований	Соответствует требованиям	Не соответствует требованиям
1	2	3	4
1	Наличие сертификата специалиста для допуска к клинической практике		

2	Наличие лицензии и (или ) приложения к лицензии		
3	Соответствие помещения или здания на праве собственности или договора аренды, или договора безвозмездного пользования недвижимым имуществом (ссуды), или доверительного управления имуществом, или договора государственно-частного партнерства стандартам организации оказания медицинской помощи профильных служб по оказываемым подвидам медицинской деятельности, а также соответствующего санитарным правилам, устанавливающим санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения		
4	Н а л и ч и е функционирующего медицинского и (или) специального оборудования, аппаратуры и инструментария, приборов, мебели, инвентаря, транспортных и других средств (при необходимости), утвержденных в стандартах организации оказания медицинской помощи профильных служб по оказываемым подвидам медицинской деятельности и минимальным стандартам оснащения организаций здравоохранения медицинскими изделиями		

5	Наличие специалистов по оказываемым видам деятельности		
6	Наличие специализации или усовершенствования и других видов повышения квалификации за последние 5 (пять) лет по оказываемым подвидам медицинской деятельности (за исключением выпускников интернатуры, резидентуры, среднего учебного заведения, завершивших обучение не позднее 5 (пяти) лет на момент проверки).		

Должностное (ые) лицо (а) \_\_\_\_\_

должность подпись

\_\_\_\_\_  
 фамилия, имя, отчество (при наличии)

Руководитель субъекта контроля \_\_\_\_\_

должность подпись

\_\_\_\_\_  
 фамилия, имя, отчество (при наличии)

Приложение 17  
 к совместному приказу  
 Министр национальной экономики  
 Республики Казахстан  
 от 29 мая 2023 года № 91  
 и Министр здравоохранения  
 Республики Казахстан  
 от 29 мая 2023 года № 90

Приложение 24  
 к совместному приказу  
 Министра здравоохранения  
 Республики Казахстан  
 от 15 ноября 2018 года  
 № ҚР ДСМ-32  
 и Министра национальной экономики  
 Республики Казахстан  
 от 15 ноября 2018 года № 70

**Проверочный лист**

в сфере качества оказания медицинских услуг

в соответствии со статьей 138

Предпринимательского кодекса Республики Казахстан в отношении

субъектов (объектов), оказывающих помощь в области ядерной медицины  
наименование однородной группы субъектов (объектов) контроля

Государственный орган, назначивший проверку/профилактического контроля  
с посещением субъекта (объекта) контроля

Акт о назначении проверки/профилактического контроля с посещением субъекта  
(объекта) контроля

№, дата

Наименование субъекта (объекта) контроля \_\_\_\_\_

(Индивидуальный идентификационный номер), бизнес-идентификационный номер  
субъекта (объекта) контроля \_\_\_\_\_

Адрес места нахождения \_\_\_\_\_

№	Перечень требований	Соответствует требованиям	Не соответствует требованиям
1	2	3	4
1	Н а л и ч и е подтверждающей документации об оказании медицинской помощи, входящей в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и (или) систему обязательного социального медицинского страхования на бесплатной основе		
	Н а л и ч и е подтверждающей документации о соответствии		

2	<p>проведенных лечебных и диагностических мероприятий с рекомендациями клинических протоколов</p>		
3	<p>Наличие документации, подтверждающей статус Центра ядерной медицины (далее – Центр ) как структурное подразделение многопрофильной больницы или самостоятельная медицинская организация , оказывающая медицинскую помощь населению Республики Казахстан по РНД и (или) РНТ.</p> <p>Структура Центра, в зависимости от возложенных на него функций, включает:</p> <p>отделение производства и контроля качества РФЛП;</p> <p>отделение РНД;</p> <p>отделение РНТ;</p> <p>отделение радиационной безопасности и медицинской физики;</p> <p>отделение инженерно-технического обеспечения.</p>		
	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации об основных задачах и направлениях деятельности организаций, оказывающих медицинскую помощь в области ядерной медицины и соблюдение основных задач:</p> <p>1) оказание специализированной медицинской помощи профильными специалистами в амбулаторных,</p>		

стационарозамещающих и стационарных условиях на вторичном и третичном уровнях оказания медицинской помощи;

- 2) проведение радиоизотопных (радионуклидных) методов исследования;
- 3) проведение РНТ с применением РФЛП;
- 4) производство и контроль качества производимых РФЛП на соответствие требованиям фармакопейных статей, технических регламентов и надлежащей производственной практики;
- 5) обеспечение удовлетворенности пациентов уровнем и качеством оказания медицинской помощи;
- 6) разработка, освоение и внедрение в практику современных инновационных методов РНД и РНТ;
- 7) разработка, освоение и внедрение в производство новых РФЛП;
- 8) обеспечение радиационной безопасности пациентов и производственного и медицинского персонала, осуществление контроля над производством РФЛП, рациональным применением методик РНД и РНТ;
- 9) обучение в резидентуре по вопросам ядерной медицины;
- 10) участие в разработке нормативных правовых актов, стандартов,

	<p>инструкций, рекомендаций в области ядерной медицины;</p> <p>11) осуществление организационно-методической, консультативной помощи организациям здравоохранения по вопросам ядерной медицины;</p> <p>12) проведение консультаций при планировании центров ядерной медицины.</p>		
5	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации об оказании медицинской помощи с применением методов ядерной медицины в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, добровольного медицинского страхования и на платной основе.</p>		
6	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации об оказании специализированной медицинской помощи в области ядерной медицины в амбулаторных, стационарозамещающих, стационарных условиях в плановой форме:</p> <p>в амбулаторных условиях , не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения;</p> <p>в стационарозамещающих условиях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения и предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное</p>		

	<p>время с предоставлением койко-места;</p> <p>в стационарных условиях, предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение, лечение, уход, а также предоставление койко-места с питанием, в том числе при случаях терапии "одного дня", предусматривающих круглосуточное наблюдение в течение первых суток после начала лечения.</p>		
7	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о направлении пациентов на проведение ПЭТ/КТ, ПЭТ/МРТ, ОФЭКТ, ОФЭКТ/КТ исследования в отделение РНД профильными специалистами</p>		
8	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о проведении радиоизотопных (радионуклидных) исследований по клиническим протоколам, документированным процедурам, применяемого конкретного диагностического метода, при обязательном соблюдении мер радиационной безопасности пациента и персонала по показаниям</p>		
9	<p>Наличие подписанного информированного согласия пациента на проведение радиоизотопного (радионуклидного) исследования перед прохождением данного исследования с</p>		



	указанием активности используемого РФЛП, после чего проходит осмотр врачом и медицинской сестрой		
10	Н а л и ч и е подтверждающей документации о проведении врачом ядерной медицины интерпретация результатов исследования после завершения диагностической процедуры. В сложных случаях с обязательным проведением "двойной читки – double-read (дабл рид)", проведением двойного зависимого чтения (снимок читается дважды; при втором чтении результат первого чтения доступен), ПЭТ, ПЭТ/КТ, ПЭТ/МРТ, ОФЭКТ, ОФЭКТ/КТ исследований специалистами в области ядерной медицины и оформляется окончательное диагностическое заключение.		
	Н а л и ч и е подтверждающей документации о направлении пациентов в отделение РНТ после предварительного обследования и решения вопроса на основании клинических данных о необходимости ее проведения с участием заведующего отделением или врача ядерной медицины в соответствии с перечнем заболеваний для проведения РНТ. На получение медицинской помощи в стационарных условиях при онкологических		

11	<p>заболеваниях направление выдается мультидисциплинарной группой, создаваемой в организациях здравоохранения, оказывающих онкологическую помощь, ; в лечебной консультативной комиссии медицинской организации при неонкологических заболеваниях по клиническим показаниям назначается сцинтиграфия всего тела с диагностической активностью радиофармацевтического лекарственного препарата "Натрий йодид I-131" 185 МБк.</p>		
12	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о проведении РНТ в стационарных условиях в "активных" палатах и (или) на койках. После приема РФЛП, пациент является источником бета-гамма излучения, в связи с чем, ежедневный обход врача происходит посредством аудио- и видеосвязи. Инженер по радиационной безопасности (дозиметрист) ежедневно регистрирует мощность дозы от пациентов через измеритель-сигнализатор и стационарную систему измерения мощности дозы.</p>		
	<p>Н а л и ч и е подтверждающей документации о доставлении трупа пациента с введенным РФЛП "активных" палат в специально выделенную</p>		

морозильную камеру, находящуюся в блоке радионуклидного обеспечения подразделения РНТ (в хранилище радиоактивных отходов) при летальном исходе. В морозильной камере труп выдерживается до приемлемого уровня радиоактивного распада (на расстоянии 1 метр от поверхности тела – 20 мкЗв/ч) затем проводится транспортировка трупа. Для срочного проведения патологоанатомического исследования дозиметрист отделения РНТ рассчитывает продолжительность процедуры вскрытия трупа по нормативам облучения для персонала группы Б.

Наличие документации (внутренние приказы, положения, протоколы, анкеты, аналитические справки) о проведении клинического аудита Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы и его оценка по следующим критериям:  
1) качество сбора анамнеза, которое оценивается по следующим критериям:  
отсутствие сбора анамнеза;  
полнота сбора анамнеза;  
наличие данных о перенесенных, хронических и наследственных заболеваниях, проведенных гемотрансфузиях, переносимости лекарственных препаратов,

аллергологический статус;  
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:

- отсутствие диагностических мероприятий;
- неправильное заключение или отсутствие заключения по результатам проведенных диагностических исследований, приведшие к неправильной постановке диагноза и ошибкам в тактике лечения;
- проведение диагностических исследований, предусмотренных клиническими протоколами;
- проведение диагностических исследований с высоким, неоправданным риском для состояния здоровья пациента,
- обоснованность проведения диагностических исследований, не вошедших в клинические протокола;
- 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: диагноз отсутствует, неполный или неправильный, не соответствует международной классификации болезней; не выделен ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть течения заболевания, не распознаны сопутствующие заболевания и осложнения;

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

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 (помощи);

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

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

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

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

мнение консультанта ошибочное и повлияло на исход заболевания.

Н а л и ч и е подтверждающей документации о проведении оценки объективности причин несвоевременной консультации и влияния

несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг (помощи);

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

- отсутствие лечения при наличии показаний;
- назначение лечения при отсутствии показаний;
- назначение малоэффективных лечебных мероприятий без учета особенностей течения заболевания, сопутствующих заболеваний и осложнений;
- выполнение лечебных мероприятий не в полном объеме, без учета функционального состояния органов и систем, назначения лекарственных средств без доказанной клинической эффективности;
- необоснованное 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, оцениваются 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:

- достижение ожидаемого клинического эффекта при соблюдении технологии оказания медицинских услуг (помощи);
- отсутствие клинического эффекта лечебных и профилактических мероприятий вследствие некачественного сбора анамнеза и проведения диагностических исследований;
- отсутствие ожидаемого клинического эффекта вследствие проведения малоэффективных лечебных, профилактических мероприятий без учета особенностей течения заболевания, сопутствующих заболеваний, осложнений, назначения лекарственных средств без доказанной клинической эффективности;
- 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		
15	Н а л и ч и е подтверждающей документации о ведении учетно-отчетной документации		

Должностное (ые) лицо (а) \_\_\_\_\_  
должность подпись

\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество (при наличии)

Руководитель субъекта контроля \_\_\_\_\_  
должность подпись

\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество (при наличии)