

**Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики  
Казахстан от 27 марта 2015 года № 173  
Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней  
экспертиз качества медицинских услуг**

В соответствии с [пунктом 5 статьи 58](#) Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить прилагаемые [Правила](#) организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг.

2. Комитету контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан обеспечить:

1) государственную [регистрацию](#) настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

2) в течение десяти календарных дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан направление на официальное опубликование в периодических печатных изданиях и информационно-правовой системе «Әділет»;

3) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан Цой А.В.

4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального [опубликования](#).

**Министр**

**Т. Дуйсенова**

Утверждены  
[приказом](#) Министра  
здравоохранения  
и социального  
развития  
Республики  
Казахстан  
от 27 марта 2015 года  
№ 173

**Правила организации и проведения  
внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг**

**1. Общие положения**

1. Правила организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (далее - Правила) разработаны в соответствии со [статьей 58](#) Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе

здравоохранения» (далее - Кодекс) и определяют порядок организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг, оказываемых субъектами здравоохранения независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности, в соответствии с законодательством Республики Казахстан о государственном контроле и надзоре в рамках иных форм контроля без посещения субъекта здравоохранения.

2. В настоящих Правилах используются следующие основные понятия:

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

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

3) индикаторы оценки качества медицинских услуг (далее - индикаторы оценки) - показатели эффективности, полноты и соответствия медицинских услуг стандартам в области здравоохранения, включающие:

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

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

индикаторы результата - показатели оценки последствий для здоровья в результате оказания или неоказания медицинских услуг субъектами здравоохранения;

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

5) ретроспективный анализ - анализ на основе изучения медицинской документации пациентов ранее получивших медицинские услуги;

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

7) независимый эксперт - физическое лицо, аккредитованное для проведения независимой экспертизы деятельности субъектов здравоохранения;

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

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

3. Основные принципы экспертизы:

1) системность - осуществление экспертизы во взаимосвязи индикаторов структуры, процесса и результата;

2) объективность - применение стандартов в области здравоохранения при осуществлении экспертизы;

3) открытость - осуществление экспертизы специалистами Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан (далее - Комитет), в том числе с привлечением независимых экспертов в области здравоохранения.

4. В ходе проведения экспертизы анализируется соблюдение медицинскими работниками стандартов в области здравоохранения, в том числе протоколов диагностики и лечения.

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

## **2. Организация и проведение внутренней экспертизы**

6. Внутренняя экспертиза осуществляется Службой, при необходимости привлекаются представители общественных объединений, профессиональных ассоциаций.

7. Структура и состав Службы утверждаются руководителем организации здравоохранения.

8. К функциям Службы относятся:

1) анализ эффективности деятельности подразделений организации здравоохранения по оценке собственных процессов и процедур, внедрению стандартов в области здравоохранения, применению внутренних индикаторов, установленных в [приложении 1](#) к настоящим Правилам;

2) анализ деятельности внутрибольничных комиссий;

3) представление руководству организации здравоохранения информации о проблемах, выявленных в результате анализа, для принятия соответствующих управленческих решений;

4) обучение и методическая помощь персоналу организации здравоохранения по вопросам обеспечения качества оказания медицинских услуг;

5) изучение мнения сотрудников организации здравоохранения и информирование персонала о мерах по улучшению качества и обеспечению безопасности пациентов в организации;

6) координация деятельности организации здравоохранения по управлению качеством медицинских услуг по следующим направлениям:

решение проблем (жалоб) пациентов на месте по мере их появления в срок, не превышающий пяти календарных дней, с изучением степени удовлетворенности пациентов уровнем и качеством медицинских услуг посредством анкетирования;

оценка состояния и эффективности использования кадровых и материально-технических ресурсов;

оценка технологий оказания медицинских услуг пациентам на соответствие установленным стандартам в области здравоохранения (клинический аудит) и отбор случаев, подлежащих комиссионной оценке;

соблюдение правил обеспечения получения гражданами гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, утверждаемых в соответствии с [подпунктом 77\) пункта 1 статьи 7](#) Кодекса;

разработка программных мероприятий, направленных на предупреждение и устранение дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности оказания медицинских услуг.

9. Службой разрабатывается программа по обеспечению и непрерывному повышению качества оказания медицинских услуг, утверждаемая руководителем организации здравоохранения.

Программа содержит:

- 1) цель и задачи программы;
- 2) результаты анализа деятельности структурных подразделений с оценкой внутренних индикаторов, а также соответствия деятельности подразделений установленным стандартам в области здравоохранения;
- 3) мероприятия по улучшению показателей деятельности каждого подразделения;
- 4) определение ответственных лиц и сроков исполнения вышеуказанных мероприятий;
- 5) ожидаемые результаты от реализации программы.

10. Внутренняя экспертиза проводится путем оценки качества медицинских услуг ретроспективно и непосредственно в момент получения пациентами медицинских услуг.

11. Случаи (разделы деятельности - для среднего медицинского персонала), подлежащие внутренней экспертизе, и периодичность проведения внутренней экспертизы установлены в [приложении 2](#) к настоящим Правилам.

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

13. В ходе проведения внутренней экспертизы:

- 1) оцениваются технологии оказания медицинских услуг на соответствие установленным стандартам в области здравоохранения;
- 2) оцениваются обеспеченность и эффективность использования кадровых и материально-технических ресурсов;
- 3) определяется степень удовлетворенности граждан уровнем и качеством оказываемых медицинских услуг по количеству обоснованных жалоб на качество медицинских услуг и путем проведения анкетирования пациентов и (или) их родственников;
- 4) оцениваются соблюдение прав пациентов на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и информирование пациентов о проводимых инвазивных вмешательствах;
- 5) разрабатываются рекомендации по устранению и предупреждению выявленных недостатков.

14. Результаты внутренней экспертизы выносятся и разбираются на заседаниях внутрибольничных комиссий, на врачебных конференциях, координационных советах с последующим принятием управленческих решений.

### **3. Организация и проведение внешней экспертизы**

15. Внешняя экспертиза проводится Комитетом, в том числе с привлечением независимых экспертов.

16. При проведении внешней экспертизы, анализируются результаты внутренней экспертизы на предмет соблюдения принципов внутренней экспертизы, адекватности и эффективности принятых мер Службой. В том числе, анализируются результаты внутренней экспертизы случаев, подлежащих обязательной экспертизе, а также случаев рассмотрения обращений пациентов.

17. Случаи (разделы деятельности - для среднего медицинского персонала), подлежащие внешней экспертизе, установлены в [приложении 3](#) к настоящим Правилам.

18. Внешние индикаторы, установленные в приложении 4 к настоящим Правилам, анализируются посредством оценки соответствия пороговых значений в динамике.

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

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

20. Субъекты здравоохранения предоставляют медицинскую документацию в срок не более чем через три дня с момента летального случая.

#### 4. Этапы внутренней и внешней экспертиз

21. Этапы экспертизы:

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

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

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

4) анализ и обобщение результатов экспертизы;

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

22. Экспертиза осуществляется путем проведения:

1) текущего анализа, в ходе которого изучается медицинская документация пациентов, получающих медицинские услуги на момент проведения экспертизы;

2) ретроспективного анализа, в ходе которого изучаются медицинская документация пациентов, получивших медицинские услуги на момент проведения экспертизы.

23. При проведении анализа медицинской документации оценивается:

1) качество сбора анамнеза;

2) полнота и обоснованность проведения диагностических исследований;

3) правильность, своевременность и обоснованность выставленного клинического диагноза в течение первых трех дней с учетом результатов проведенных исследований до госпитализации;

4) обоснованность нахождения на лечении, получения медицинских услуг в данной форме (амбулаторно-поликлинической, стационарной, стационарозамещающей);

5) своевременность и качество консультаций специалистов;

6) объем, качество и обоснованность проведения лечебных мероприятий, в том числе диспансерных, профилактических и реабилитационных;

7) развитие осложнений после медицинских вмешательств;

8) достигнутый результат;

9) качество ведения медицинской документации.

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

24. Качество сбора анамнеза оценивается по четырем критериям:

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

25. При оценке соответствия диагностических исследований учитываются пять критериев:

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

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

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

- 1) диагноз поставлен неправильно или отсутствует, в том числе диагноз неполный, не соответствует международной классификации болезней или общепринятым классификациям;
- 2) не выделен ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть течения заболевания, не распознаны сопутствующие заболевания, а также осложнения;
- 3) диагноз правильный, но неполный, не выделен ведущий патологический синдром, выделены осложнения, но не распознаны важные для исхода сопутствующие заболевания;
- 4) диагноз основного заболевания правильный, однако, не диагностированы сопутствующие заболевания, важные для результата лечения.

Объективные причины неправильной и (или) несвоевременной диагностики, такие, как атипичное течение основного заболевания, бессимптомное течение тяжелого сопутствующего заболевания, редко встречающиеся осложнения и сопутствующие заболевания, отражаются в результатах экспертизы. Проводится оценка влияния

неправильной и (или) несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы оказания медицинских услуг.

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

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

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

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

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

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

28. Оценка назначенных лечебных мероприятий проводится по следующим критериям:

1) отсутствие лечения при наличии показаний;

2) лечение назначено без показаний;

3) при лечении назначены малоэффективные лечебные мероприятия без учета особенностей течения заболевания у данного пациента, сопутствующих заболеваний, осложнений;

4) лечебные мероприятия выполнены не полностью, без учета функциональной недостаточности органов и систем, особенностей механизма действия лекарственных веществ;

5) преждевременное прекращение лечения при недооценке клинического эффекта и/или утяжелении течения заболевания, кроме документально оформленных случаев прекращения лечения по инициативе пациента;

6) значительное отклонение от протоколов диагностики и лечения заболеваний, наличие полипрагмазии без тяжелого побочного действия лекарств и развития нового патологического синдрома;

7) полное отклонение от требований протоколов диагностики и лечения заболеваний, наличие полипрагмазии, приведшее к развитию нового патологического синдрома и ухудшению состояния пациента.

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

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

30. Оценка качества медицинских услуг подлежат возникшие осложнения и осложнения, обусловленные низким техническим качеством исполнения операции, послеоперационные осложнения, являющиеся следствием выполнения хирургических манипуляций и применения других методов исследования.

31. Качество ведения медицинской документации определяется по наличию, полноте и качеству записей в соответствии с формами первичной медицинской

документации организаций здравоохранения, утвержденными [приказом](#) исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907, зарегистрированным в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 6697.

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

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

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

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

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

- 1) соблюдение сроков наблюдения за детьми и полнота осмотров специалистами;
- 2) своевременность рекомендаций по уходу и вскармливанию;
- 3) адекватность рекомендаций по уходу и вскармливанию в соответствии с принципами интегрированного ведения болезней детского возраста и развития детей раннего возраста;
- 4) соблюдение календаря профилактических прививок;
- 5) наличие контроля за состоянием здоровья ребенка после проведения прививки;
- 6) обоснованность медицинских отводов.

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

- 1) сроки взятия на учет и динамика наблюдения по беременности;
- 2) полнота и эффективность обследования, включая наличие пренатального скрининга;
- 3) своевременность диагностики осложнений беременности и экстрагенитальной патологии, в том числе наличие консультаций профильных специалистов с целью выявления экстрагенитальной патологии;



4) соответствие группы риска беременной женщины запланированному уровню госпитализации.

36. Оценка достигнутого результата проводится по следующим критериям:

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

2) отсутствие клинического эффекта лечебных и профилактических мероприятий вследствие некачественного проведения диагностических мероприятий (неполный сбор анамнеза, отсутствие или неправильная интерпретация результатов обследования, установление неправильного или неточного диагноза);

3) не достигнут ожидаемый клинический эффект вследствие проведения малоэффективных лечебных, профилактических мероприятий без учета особенностей течения заболевания у данного пациента, сопутствующих заболеваний, осложнений, особенностей механизма действия лекарственных веществ;

4) наличие полипрагмазии, обусловившее развитие нежелательных последствий.

37. По завершению экспертизы, при отклонении оказания медицинских услуг классифицируются и делаются следующие выводы:

о соответствии (несоответствии) оказанной медицинской помощи стандартам в области здравоохранения;

о предоставлении пациенту бесплатной медицинской помощи в объеме, гарантированном государством.

Приложение 1  
к [Правилам](#)  
организации и проведения  
внутренней и  
внешней экспертиз  
качества  
медицинских услуг

### Внутренние индикаторы

№	Наименование индикаторов	Периодичность информации	Источник информации	Пороговое значение
1	2	3	4	5
<b>Индикаторы оценки для организаций, оказывающих стационарную помощь</b>				
1	Удельный вес случаев умерших при плановой госпитализации	Ежемесячно	Отчетные данные, медицинская карта стационарного больного ( <a href="#">форма 003/у</a> , утвержденная приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций	Значение индикатора стремится к нулю

			здравоохранения», зарегистрированным в реестре государственной регистрации нормативных правовых актов 21 декабря 2010 года № 6697 (далее - Приказ)	
2	Показатель досуточной летальности в стационаре	Ежеквартально	Медицинская карта стационарного больного (форма 003/у в соответствии с Приказом), статистическая карта выбывшего из стационара ( <a href="#">форма 066/у</a> в соответствии с Приказом)	Значение индикатора не превышает 4%
3	Послеоперационная летальность в случаях плановой госпитализации	Ежемесячно	Отчетные данные, медицинская карта стационарного больного (форма 003/у в соответствии с Приказом)	Значение индикатора стремится к нулю в случаях плановой госпитализации
1)	Удельный вес интраоперационных осложнений	Ежеквартально	Отчетные данные, медицинская карта стационарного больного (форма 003/у в соответствии с Приказом), журнал записи оперативных вмешательств в стационаре ( <a href="#">форма 008/у</a> в соответствии с Приказом)	Значение индикатора не превышает 5%
2)	Удельный вес послеоперационных осложнений	Ежеквартально	Отчетные данные, медицинская карта больного (форма 003/у в соответствии с Приказом), журнал записи оперативных вмешательств в стационаре (форма 008/у в соответствии с Приказом)	Значение индикатора не превышает 3%
4	Число случаев материнской смертности за отчетный период из них от:	Ежедневно	Данные мониторинга беременных, родильниц медицинской организации, карта	Значение индикатора стремится к нулю по

	акушерских кровотечений; гестозов; абортов; экстрагенитальной патологии		учета материнской смертности ( <a href="#">форма 2009-1/у</a> в соответствии с Приказом)	причинам, которые поддаются управлению
1)	Удельный вес случаев родового травматизма	Ежеквартально	История родов ( <a href="#">форма 096/у</a> ), журнал записи оперативных вмешательств в стационаре (форма 008/у в соответствии с Приказом)	Значение индикатора стремится к нулю
2)	Удельный вес экстренных кесаревых сечений из общего числа кесаревых сечений	Ежеквартально	История родов (форма 096/у), журнал записи оперативных вмешательств в стационаре (форма 008/у в соответствии с Приказом)	Значение индикатора не превышает 20%
3)	Удельный вес беременных женщин, поступивших в стационар в течение суток после отказа в госпитализации	Ежеквартально	Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации ( <a href="#">форма № 001/у</a> в соответствии с Приказом)	Значение индикатора стремится к нулю
4)	Полнота выявления экстрагенитальной патологии при поступлении в стационар	Ежеквартально	История родов (форма 096/у в соответствии с Приказом), медицинская карта стационарного больного (форма 003/у в соответствии с Приказом), статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у в соответствии с Приказом)	Значение индикатора стремится к 100%
5	Количество случаев детской смертности от 0 до 5 лет за отчетный период из них от: заболеваний органов дыхания; кишечных инфекций; врожденных пороков развития; причин перинатального периода	Ежемесячно	Карта учета материнской смертности (форма 2009/у в соответствии с Приказом)	Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 5%
1)	Удельный вес случаев	Ежеквартально	История родов (форма	Значение

	травматизма новорожденных		096/у в соответствии с Приказом), история развития новорожденного ( <a href="#">форма 097/у</a> в соответствии с Приказом)	индикатора стремится к нулю
2)	Показатель интранатальной гибели плода на 100 родившихся живыми и мертвыми	Ежеквартально	История родов (форма 096/у в соответствии с Приказом)	Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 10%
3)	Показатель соблюдения тепловой цепочки под термоконтролем (мониторинг температурного режима)	Ежеквартально	История развития новорожденного (форма 097/у в соответствии с Приказом); история родов (форма 096/у в соответствии с Приказом)	Значение индикатора не превышает 0,5%
4)	Показатель ранней неонатальной смертности (до 7 суток жизни) на 1000 родившихся живыми	Ежеквартально	История развития новорожденного (форма 097/у в соответствии с Приказом)	Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 5%
6	Показатель внутрибольничной инфекции	Ежемесячно	Журнал учета инфекционных заболеваний ( <a href="#">форма 060/у</a> в соответствии с Приказом)	Значение индикатора стремится к нулю
1)	Удельный вес гнойно-септических процессов после оперативных вмешательств	Ежемесячно	Медицинская карта стационарного больного (форма 003/у в соответствии с Приказом)	Значение индикатора не превышает 1%
2)	Удельный вес гнойно-септических процессов у новорожденных	Ежемесячно	История развития новорожденного (форма 097/у в соответствии с Приказом)	Значение индикатора стремится к нулю
7	Показатель повторного поступления (в течение месяца по поводу одного и того же заболевания)	Ежемесячно	Отчетные данные, медицинская карта стационарного больного (форма 003/у в соответствии с Приказом),	Значение индикатора стремится к нулю

			статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у в соответствии с Приказом)	
8	Случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов	Ежемесячно	Протокол патологоанатомического исследования (форма 013/у в соответствии с Приказом)	Значение индикатора стремится к нулю
9	Общее количество обоснованных жалоб по сравнению с аналогичным периодом прошлого года	Ежемесячно	Журнал регистрации обращений	Значение индикатора стремится к нулю
<b>Индикаторы оценки для организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь</b>				
10	Показатель общей смертности, в том числе трудоспособного возраста среди прикрепленного населения за отчетный период	Ежеквартально	Данные областного статистического управления с указанием домашнего адреса	Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 5%
1)	Показатель первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста	1 раз в год	Данные Медико-социальной экспертной комиссии	Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 1%
11	Удельный вес случаев материнской смертности, предотвратимых на уровне ПМСП*	Ежедневно	Карта учета материнской смертности (форма 2009-1/у в соответствии с Приказом) (случаи материнской смертности, предотвратимые на уровне ПМСП (по результатам экспертизы ККМФД*))	Значение индикатора стремится к нулю
1)	Удельный вес оздоровленных женщин с экстрагенитальной патологией среди ЖФВ* прикрепленного	Ежеквартально	Медицинская карта амбулаторного больного (форма 025/у в соответствии с Приказом),	Увеличение показателя на 5% по сравнению с предыдущим

	населения		Статистическая карта амбулаторного пациента (форма <a href="#">025-05/у</a> в соответствии с Приказом) Контрольная карта диспансерного наблюдения (форма 030/у в соответствии с Приказом)	периодом
2)	Охват контрацепцией женщин с абсолютными противопоказаниями к вынашиванию беременности	Ежеквартально	Медицинская карта амбулаторного больного (форма 025/у в соответствии с Приказом)	Значение индикатора стремится к 100%
3)	Случаи беременности ЖФВ* с экстрагенитальной патологией, которым абсолютно противопоказана беременность	Ежеквартально	Статистическая карта выбывшего из стационара (форма <a href="#">066/у</a> в соответствии с Приказом), Программное обеспечение «Регистр беременных»	Значение индикатора стремится к нулю
4)	Уровень аборт по отношению к родам	Ежеквартально	Статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у в соответствии с Приказом), (МКБ-10*: роды)	Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 5%
5)	Удельный вес беременных женщин госпитализированных с нарушением принципа регионализации (по данным круглосуточного стационара)	Ежеквартально	Статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у в соответствии с Приказом), (МКБ-10*: с указанием родоразрешения) Программное обеспечение «Регистр беременных»	Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 5%
12	Детская смертность до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП* (ОКИ*, ОРИ*)	Ежедневно	Карта учета родившегося живым, мертворожденного и умершего ребенка в возрасте до 5 лет (форма <a href="#">2009/у</a> в соответствии с Приказом)	Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 5%
1)	Удельный вес	1 раз в год	Отчет отдела кадров	Значение

	обученных медицинских работников (врачей, средних медицинских работников) ПМСП* по программе ИВБДВ*, РДРВ*			индикатора не менее 70%
2)	Показатель умерших детей в возрасте от 7 дней до 5 лет на дому	Ежеквартально	АИС* «Млад», данные областного статистического управления	Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 5%
3)	Показатель посещаемости врачом новорожденных в первые 3 дня после выписки из роддома (патронаж)	Ежеквартально	История развития ребенка (форма 112/у в соответствии с Приказом), АИС* «Стационар»	Значение индикатора стремится к 100%
4)	Удельный вес экстренной госпитализации детей до 5 лет с ОКИ*, ОРИ* за отчетный период	Ежеквартально	Данные «Мединформ»	Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 1%
5)	Удельный вес из числа родителей детей до 5 лет, обученных признакам опасности в соответствии с принципами ИВБДВ*	Ежеквартально	Журнал кабинета здорового ребенка	Значение индикатора стремится к 100%
6)	Случаи ВПР* у новорожденных, недиагностированных внутриутробно	Ежеквартально	История развития ребенка (форма 112/у в соответствии с Приказом), индивидуальная карта беременной, роженицы, родильницы (форма 111/у в соответствии с Приказом)	Значение индикатора стремится к нулю
7)	Удельный вес детей в возрасте 6 месяцев, получающих исключительно грудное вскармливание, за исключением детей отказных подкидышей и	Ежеквартально	История развития ребенка (форма 112/у в соответствии с Приказом)	Значение индикатора стремится к 100%

	детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, матерей, принимающих цитостатики			
8)	Удельный вес детей, получающих грудное вскармливание до 2 лет, за исключением детей отказных подкидышей и детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, матерей, принимающих цитостатики	Ежеквартально	История развития ребенка (форма 112/у в соответствии с Приказом)	Увеличение показателя на 5% по сравнению с предыдущим периодом
13	Удельный вес запущенных случаев среди впервые выявленных больных с туберкулезом легких	Ежеквартально	Программный комплекс «Регистр больных туберкулезом»	Уменьшение значения показателя настоящего периода по сравнению с предыдущим на 5%
1)	Охват населения профилактической флюорографией среди обязательного контингента	1 раз в год	План проведения флюорографических обследований, журнал регистрации флюорографических обследований, отчетные формы	Значение индикатора стремится к 100%
2)	Показатель выявляемости больных туберкулезом среди обследованных лиц методом флюорографии	Ежеквартально	Журнал регистрации флюорографических обследований, карта профилактических флюорографических обследований ( <a href="#">форма 052/у</a> в соответствии с Приказом)	Значение индикатора составляет не менее 60%
3)	Показатель выявляемости больных с подозрением на туберкулез среди обследованных лиц методом микроскопии	Ежеквартально	Журнал регистрации микроскопических обследований, отчетные формы, лабораторный регистрационный журнал (форма ТБ 04/у в соответствии с Приказом), направление на микроскопическое исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (форма ТБ	Значение индикатора составляет не менее 70%



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

- инфаркт миокарда; - инсульт			
----------------------------------	--	--	--

\* Примечание: расшифровка аббревиатур:  
 ПМСП - первичная медико-санитарная помощь  
 ЖФВ - женщины фертильного возраста  
 ОКИ - острая кишечная инфекция  
 ОРИ - острая респираторная инфекция  
 ИВБДВ - интегрированное ведение болезней детского возраста  
 РДРВ - развитие детей раннего возраста  
 ВПР - врожденные пороки развития  
 ККМФД - Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности  
 Министерства здравоохранения Республики Казахстан  
 МКБ - 10 - Международная классификация болезней X пересмотра  
 АИС - автоматическая информационная система

Приложение 2  
 к [Правилам](#) организации и проведения  
 внутренней и внешней экспертиз  
 качества медицинских услуг

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

Случаи (разделы деятельности), подлежащие внутренней экспертизе и периодичность проведения внутренней экспертизы	Ответственные за проведение экспертизы	Результаты внутренней экспертизы
1	2	3
1. В организации, оказывающей стационарную помощь все случаи: 1) летальных исходов; 2) фактов возникновения внутрибольничных инфекций; 3) осложнений, в том числе послеоперационных; 4) повторной госпитализации по одному и тому же заболеванию в течение одного месяца вследствие некачественного предыдущего лечения; 5) удлинения или укорочения сроков лечения; 6) расхождений диагнозов; 7) необоснованной госпитализации - не менее 5%	Служба поддержки пациента и внутреннего контроля (аудита)	1. Общее количество выявленных дефектов, их структура, возможные причины и пути их устранения 2. Количество выявленных дефектов, повлекших ухудшение состояния здоровья 3. Количество выявленных отклонений, приведших к увеличению затрат на оказание медицинской помощи

пролеченных случаев\* в квартал.

2. В организации, оказывающей амбулаторно-поликлиническую помощь, все случаи:

- 1) материнской смертности;
- 2) смерти на дому детей от 0 до 5 лет включительно;
- 3) смерти на дому лиц трудоспособного возраста от заболеваний;
- 4) запущенных форм онкологических заболеваний и туберкулеза;
- 5) первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста;
- 6) осложнений беременности;
- 7) наблюдений за гражданами после выписки из стационара - не менее 30 законченных случаев\* в квартал.

3. В организации скорой медицинской помощи все случаи:

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

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

- 1) наличие функциональных блоков и их содержание;
- 2) условия «Холодовой цепи»;
- 3) регулярность технического

<p>обслуживания, калибровка медицинского оборудования; 4) результаты входного контроля; 5) соблюдение карантинизации; 6) наличие процедуры выявления критических этапов; 7) обеспечение инфекционной и иммунологической безопасности продукции крови; 8) наличие брака при консервировании крови. 5. Экспертиза качества работы средних медицинских работников включает: 1) оценка качества-работы старших медицинских сестер; 2) выборочная оценка работы средних медицинских работников; 3) организация работы по кадровому планированию, рациональной расстановке и использованию средних и младших медицинских работников; 4) организационные мероприятия по повышению квалификации, переподготовке, оценке квалификации средних медицинских работников; 5) осуществление контроля за противоэпидемическими мероприятиями в отделении; 6) организация лечебного процесса - не менее 5 экспертиз в квартал</p>		
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Примечание:

\* Законченный случай - комплекс медицинских услуг, оказанных пациенту на амбулаторно-поликлиническом уровне с момента первичного обращения до завершения лечения.

\* Пролеченный случай - комплекс медицинских услуг, оказанных пациенту в стационарных (стационарозамещающих) условиях с момента поступления до выписки.

Приложение 3  
к [Правилам](#)  
организации и проведения  
внутренней и  
внешней экспертиз

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

Случаи (разделы деятельности), подлежащие внешней экспертизе	Лица, осуществляющие внешнюю экспертизу	Выводы по результатам экспертизы
1	2	3
<p>1. В организациях, оказывающих стационарную помощь:</p> <p>1) 100% случаев от общего числа зарегистрированных случаев летальных исходов;</p> <p>2) не менее 50% случаев от общего числа зарегистрированных случаев*:</p> <p>возникновения внутрибольничных инфекций;</p> <p>осложнений, в том числе послеоперационных;</p> <p>повторной госпитализации по одному и тому же заболеванию в течение одного месяца вследствие некачественного предыдущего лечения;</p> <p>3) не менее 10% медицинских карт стационарного больного по каждому отделению стационара от числа пролеченных больных за анализируемый период.</p> <p>2. В организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь:</p> <p>1) 100% случаев от общего числа зарегистрированных случаев:</p> <p>материнской смертности;</p> <p>смерти на дому детей от 0 до 5 лет включительно;</p> <p>смерти на дому лиц трудоспособного возраста;</p> <p>запущенных форм онкологических заболеваний и туберкулеза;</p> <p>2) не менее 50% случаев от общего числа зарегистрированных случаев*: осложнений беременности:</p> <p>гестозов тяжелой степени, родов,</p>	<p>Специалисты Комитета - контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан, в том числе с привлечением независимых экспертов в области здравоохранения</p>	<p>- о соответствии (несоответствии) оказанной медицинской помощи стандартам в области здравоохранения;</p> <p>- о предоставлении пациенту бесплатной медицинской помощи в объеме, гарантированном государством</p>

<p>осложнившихся акушерскими кровотечениями, гистерэктомиями; первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста;</p> <p>наблюдений за гражданами после выписки из стационара по заболеваниям, по которым медицинская помощь является приоритетной, по определению уполномоченного органа в области здравоохранения;</p> <p>3) не менее 10 медицинских карт амбулаторного больного с каждого отделения и (или) профиля специалистов.</p> <p>3. В организациях, осуществляющих деятельность в сфере службы крови: не менее 50 медицинских карт доноров, сдавших кровь на платной и бесплатной основе.</p> <p>4. В организациях скорой медицинской помощи:</p> <p>1) не менее 50% случаев от общего числа зарегистрированных случаев*:</p> <p>повторных вызовов по тому же заболеванию в течение суток;</p> <p>летальности при вызовах:</p> <p>смерть до прибытия бригады,</p> <p>смерть в присутствии бригады;</p> <p>расхождения диагнозов бригады скорой помощи и стационара в случае госпитализации больных;</p> <p>2) не менее 10-ти медицинских карт выездов общепрофильных и специализированных бригад</p>		
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Примечание:

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

Приложение 4  
к [Правилам](#)  
организации и проведения  
внутренней и  
внешней экспертиз  
качества  
медицинских услуг

### Внешние индикаторы

№	Наименование индикаторов	Единица измерения	Периодичность информации	Источник информации	Пороговое значение
1	2	3	4	5	6
<b>Индикаторы оценки для организаций, оказывающих стационарную помощь</b>					
1	Удельный вес случаев умерших при плановой госпитализации	Число случаев умерших в стационаре от всех поступивших в плановом порядке за отчетный период	Ежемесячно	Отчетные данные Медицинская карта стационарного больного (форма 003/у в соответствии с Приказом)	Значение индикатора стремится к нулю
2	Послеоперационная летальность в случаях плановой госпитализации	Количество умерших в стационаре после оперативных вмешательств от всех оперированных в плановом порядке за отчетный период	Ежемесячно	Отчетные данные, медицинская карта стационарного больного (форма 003/у в соответствии с Приказом)	Значение индикатора стремится к нулю
3	Число случаев материнской смертности за отчетный период из них от: акушерских кровотечений; гестозов; абортов; экстрагенитальной патологии	Абсолютное число	Ежедневно	Данные мониторинга беременных, родильниц медицинской организации, карта учета материнской смертности (форма 2009-1/у в соответствии с Приказом)	Значение индикатора стремится к нулю по причинам, которые поддаются управлению
4	Количество случаев детской смертности за отчетный период из них от: заболеваний органов дыхания; кишечных инфекций; врожденных пороков развития; причин перинатального периода	Абсолютное число	Ежедневно	Карта учета родившегося живым, мертворожденного и умершего ребенка в возрасте до 5 лет (форма 2009/у)	Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 5%
5	Показатель внутрибольничной инфекции	Количество зарегистрированных случаев с внутрибольничной инфекцией	Ежемесячно	Журнал учета инфекционных заболеваний (форма 060/у в соответствии с Приказом)	Значение индикатора стремится к нулю
6	Показатель повторного поступления (в течение	Число повторных госпитализаций от	Ежемесячно	Отчетные данные, медицинская карта	Значение индикатора

	месяца по поводу одного и того же заболевания)	числа госпитализированных за отчетный период		стационарного больного (форма 003/у в соответствии с Приказом), статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у в соответствии с Приказом)	стремится к нулю
7	Случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов	Количество случаев за отчетный период	Ежемесячно	Протокол патологоанатомического исследования (форма 013/у в соответствии с Приказом)	Значение индикатора стремится к нулю
8	Общее количество обоснованных жалоб по сравнению с аналогичным периодом прошлого года	Количество обоснованных жалоб в сравнении с предыдущим периодом	Ежемесячно	Журнал регистрации обращений	Значение индикатора стремится к нулю
<b>Индикаторы оценки для организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь</b>					
9	Показатель общей смертности, в том числе трудоспособного возраста, среди прикрепленного населения за отчетный период	Абсолютное число и расчетный показатель на 1000 населения	Ежеквартально	Данные областного статистического управления с указанием домашнего адреса	Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 5% по причинам, которые поддаются управлению
10	Удельный вес случаев материнской смертности, предотвратимых на уровне *ПМСП	Количество случаев материнской смерти среди прикрепленных жителей от предотвратимых причин, подтвержденных экспертно за отчетный период на количество прикрепленных женщин фертильного возраста	Ежедневно	Карта учета материнской смертности (форма 2009-1/у в соответствии с Приказом) (случаи материнской смертности, предотвратимые на уровне *ПМСП по результатам экспертизы ККМФД*)	Значение индикатора стремится к нулю
11	Детская смертность до 5 лет, предотвратимая на уровне *ПМСП (ОКИ*, ОРИ*)	Количество детской смертности в возрасте от 0 до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП*	Ежедневно	Карта учета родившегося живым, мертворожденного и умершего ребенка в возрасте до 5 лет (форма	Уменьшение значения показателя отчетного периода по



		(ОКИ*, ОРИ*) на количество детей в возрасте от 0 до 5 лет среди прикрепленного населения		2009/у в соответствии с Приказом)	сравнению с предыдущим на 5%
12	Случаи беременности ЖФВ* с экстрагенитальной патологией, которым абсолютно противопоказана беременность	Количество случаев госпитализированных беременных ЖФВ* с экстрагенитальной патологией, которым абсолютно противопоказана беременность, среди прикрепленных жителей на общее количество госпитализированных беременных среди прикрепленных жителей	Ежеквартально	Статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у в соответствии с Приказом), Программное обеспечение «Регистр беременных»	Значение индикатора стремится к нулю
13	Удельный вес запущенных случаев среди впервые выявленных больных с туберкулезом легких	Количество запущенных случаев у впервые выявленных туберкулезом легких среди прикрепленного населения на количество впервые выявленных случаев туберкулеза легких среди прикрепленного населения	Ежеквартально	Программный комплекс «Регистр больных туберкулезом»	Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 5%
14	Количество впервые выявленных случаев с диагнозом злокачественного новообразования визуальной локализации 3-4 стадии среди прикрепленного населения	Количество впервые выявленных случаев с диагнозом злокачественного новообразования визуальной локализации 3-4 стадии среди прикрепленного населения на количество всех впервые выявленных случаев с диагнозом злокачественного новообразования	Ежеквартально	Программный комплекс «Регистр онкологических больных»	Уменьшение значения показателя отчетного периода по сравнению с предыдущим на 5%

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

\* Примечание: расшифровка аббревиатур:

ПМСП - первичная медико-санитарная помощь

ЖФВ - женщины фертильного возраста

ОКИ - острая кишечная инфекция

ОРИ - острая респираторная инфекция

ВПР - врожденные пороки развития

ККМФД - Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности

Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан

МКБ - 10 - Международная классификация болезней десятого пересмотра

АИС - автоматическая информационная система

# Медициналық қызметтер көрсету сапасына ішкі және сыртқы сараптамаларды ұйымдастыру мен жүргізу қағидаларын бекіту туралы

Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2011 жылғы 22 желтоқсандағы № 1577 Қаулысы. Күші жойылды - Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2015 жылғы 17 маусымдағы № 443 қаулысымен

- [Мәтін](#)
- [Ресми жарияланым](#)
- [Ақпарат](#)
- [Өзгерістер тарихы](#)
- [Сілтемелер](#)
- [Екі тілде](#)
- [Көшіру](#)

[PDFDOCXҚағазға шығару](#)

Ескерту. Күші жойылды - ҚР Үкіметінің 17.06.2015 [№ 443](#) (алғашқы ресми жарияланған күнінен бастап қолданысқа енгізіледі) қаулысымен.

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі Кодексінің 58-бабының [5-тармағына](#) сәйкес Қазақстан Республикасының Үкіметі **ҚАУЛЫ ЕТЕДІ**:

1. Қоса беріліп отырған Медициналық қызметтер көрсету сапасына ішкі және сыртқы сараптамаларды ұйымдастыру мен жүргізу [қағидалары](#) бекітілсін.

2. Осы қаулы алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

*Қазақстан Республикасының*

*Премьер-Министрі*

*К. Мәсімов*

Қазақстан Республикасы  
Үкіметінің  
2011 жылғы 22 желтоқсандағы  
№ 1577 қаулысымен  
бекітілген

## Медициналық қызметтер көрсету сапасына ішкі және сыртқы сараптамаларды ұйымдастыру мен жүргізу қағидалары

### 1. Жалпы ережелер

1. Медициналық қызметтер көрсету сапасына ішкі және сыртқы сараптамаларды ұйымдастыру мен жүргізу қағидалары (бұдан әрі – Қағидалар) «Халық денсаулығы және

денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі Кодексінің (бұдан әрі – Кодекс) [58-бабына](#) сәйкес әзірленген.

Осы Қағидалар меншік нысаны мен ведомстволық тиесілігіне қарамастан, денсаулық сақтау субъектілері көрсететін медициналық қызметтердің сапасына ішкі және сыртқы сараптамаларды ұйымдастыру мен жүргізу тәртібін айқындайды.

2. Медициналық қызметтер көрсету сапасына сараптама ішкі және сыртқы сараптама болып бөлінеді.

3. Осы Қағидаларда мынадай негізгі ұғымдар пайдаланылады:

1) медициналық қызметтер көрсету сапасын бағалау индикаторлары – медициналық қызметтер көрсету тиімділігін, толықтығын және денсаулық сақтау саласындағы стандарттарға сәйкестігінің көрсеткіштері, олар мыналарды қамтиды:

құрылым индикаторлары – кадр, қаржы және техникалық ресурстармен қамтамасыз ету көрсеткіштері;

үдеріс индикаторлары – профилактика, диагностика, емдеу және оңалту технологияларының орындалуын бағалау көрсеткіштері;

нәтиже индикаторлары – денсаулық сақтау субъектілерінің медициналық көмек көрсетуі немесе көрсетпеуі нәтижесіндегі денсаулық үшін салдарды бағалау көрсеткіштері;

2) ішкі индикаторлар – денсаулық сақтау субъектілерінің әрбір құрылымдық бөлімшелерінің медициналық қызметтер көрсету тиімділігін, толықтығын және медициналық қызметтің сапасын бағалау мен сараптауды жүргізу мақсатында оның денсаулық сақтау саласы стандарттарына сәйкестігін сипаттайтын ішкі сараптамада қолданылатын көрсеткіштер;

3) сыртқы индикаторлар – денсаулық сақтау субъектілерінің әрбір құрылымдық бөлімшелерінің медициналық қызмет көрсету тиімділігін, толықтығын және медициналық қызметтің сапасын бағалау мен сараптауды жүргізу мақсатында оның денсаулық сақтау саласы стандарттарына сәйкестігін сипаттайтын сыртқы сараптамада қолданылатын көрсеткіштер;

4) ауруханаішілік комиссиялар – стационарлық көмек көрсету ұйымдарында құрылатын комиссиялар (ауруханаішілік инфекциялардың профилактикасы бойынша, өлім-жітім жағдайларын қарау бойынша);

5) ішкі бақылау қызметі (аудит) – денсаулық сақтау ұйымы деңгейінде медициналық көмек сапасын басқару жөніндегі қызметтерді жүзеге асыратын және тиісті өкілеттіктері бар медициналық ұйымның құрылымдық бөлімшесі;

6) ретроспективалық талдау – бұрын медициналық көмек алған пациенттердің медициналық құжаттамаларын зерделеу негізіндегі талдау;

7) клиникалық аудит – денсаулық сақтау саласындағы стандарттарға сәйкестік тұрғысынан жүргізілген емдеу-диагностикалық іс-шараларды егжей-тегжейлі ретроспективалық және/немесе ағымдық талдау;

8) аяқталған жағдай – пациентке бастапқы қаралу сәтінен бастап ем аяқталғанға дейін амбулаториялық-емханалық деңгейде көрсетілген медициналық қызметтер кешені;

9) емделген жағдай – пациентке түскен сәтінен бастап шығарылғанға дейін стационарлық (стационарды алмастыратын) жағдайда көрсетілген медициналық қызметтер кешені;

10) тәуелсіз сарапшы - денсаулық сақтау субъектілерінің қызметіне тәуелсіз сараптама жүргізу үшін [белгіленген](#) тәртіппен аккредиттелген жеке тұлға;

11) медициналық қызметтер көрсету сапасына сараптама – тиімділігі, толықтығы мен медициналық қызметтердің денсаулық сақтау саласындағы стандарттарға сәйкестігінің көрсеткіші көрсетілетін медициналық қызметтердің сапасын бағалау индикаторларын пайдалана отырып, жеке және заңды тұлғалар ұсынатын медициналық қызметтер сапасының

деңгейі бойынша қорытынды шығару үшін жүзеге асырылатын ұйымдастыру, талдамалық және практикалық іс-шаралардың жиынтығы.

4. Медициналық қызметтердің сапасына сараптаманың негізгі қағидаттары:

1) жүйелілік – медициналық қызметтер көрсету сапасына сараптама құрылым индикаторларының, үдеріс пен нәтиженің өзара байланысымен жүзеге асырылады;

2) объективтілік – медициналық қызметтер көрсету сапасына сараптама денсаулық сақтау саласындағы стандарттарды қолдана отырып жүзеге асырылады;

3) ашықтық – медициналық қызметтер көрсету сапасына сараптама тәуелсіз сарапшылардың қатысуымен немесе тәуелсіз сарапшылардың өз бетінше денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті органы маманының қатысуынсыз денсаулық сақтау субъектілері өкілдерінің қатысуымен жүзеге асырылады.

5. Медициналық қызметтер көрсету сапасына сараптама жүргізу барысында:

1) денсаулық сақтау саласындағы стандарттардың талаптарын, оның ішінде денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті орган бекіткен диагностика мен емдеу хаттамаларын сақтау тұрғысынан медицина қызметкерлерінің іс-әрекетіне;

2) денсаулық сақтау субъектілерінің материалдық-техникалық ресурстарының денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті орган бекіткен жарақтандыру нормативтеріне сәйкестігіне бағалау жүргізіледі.

## 2. Медициналық қызметтер көрсету сапасына ішкі сараптаманы ұйымдастыру және жүргізу

6. Медициналық қызметтер көрсету сапасына ішкі сараптаманы (бұдан әрі – ішкі сараптама) Ішкі бақылау (аудит) қызметі жүзеге асырады.

7. Ішкі бақылау (аудит) қызметінің құрылымы мен құрамын денсаулық сақтау ұйымының басшысы көрсетілетін медициналық қызметтер көлеміне қарай бекітеді.

8. Ішкі бақылау (аудит) қызметі денсаулық сақтау ұйымының медициналық көмек сапасын басқару жөніндегі қызметін мынадай бағыттар бойынша үйлестіреді:

1) пациенттің проблемаларын (шағымдарын) туындауына қарай сол жерде және 5 күнтізбелік күннен аспайтын мерзімде сауалнама жүргізу арқылы медициналық қызметтер көрсету деңгейі мен сапасына пациенттің қанағаттану дәрежесін зерделей отырып, шешу;

2) кадрлық және материалдық-техникалық ресурстарды пайдаланудың ахуалын және тиімділігін бағалау;

3) пациенттерге медициналық көмек көрсету технологияларының белгіленген стандарттарға (клиникалық аудит) сәйкестігін бағалау және комиссиялық бағалауға жататын жағдайларды іріктеу;

4) тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін көрсету қағидаларын сақтау;

5) жұмыстағы ақаулардың алдын алу мен оларды жоюға бағытталған және медициналық көмектің сапасы мен тиімділігін арттыруға ықпал ететін бағдарламалық іс-шараларды әзірлеу.

9. Ішкі бақылау (аудит) қызметінің функциялары:

1) жеке үдерістер мен рәсімдерді бағалау, денсаулық сақтау стандарттарын енгізу, осы Қағидаларға 1-қосымшада белгіленген ішкі индикаторларды қолдану бойынша денсаулық сақтау ұйымы бөлімшелері қызметінің тиімділігін талдау;

2) ауруханаішілік комиссиялар қызметін талдау;

3) денсаулық сақтау ұйымының басшылығына тиісті басқару шешімдерін қабылдау үшін талдау нәтижесінде анықталған мәселелер туралы ақпарат беру;

4) денсаулық сақтау ұйымының персоналына медициналық көмектің сапасын қамтамасыз ету мәселелері бойынша оқыту және әдістемелік көмек;

5) ұйымдағы пациенттерге медициналық көмек көрсету сапасын жақсарту және қауіпсіздігін қамтамасыз ету шаралары туралы денсаулық сақтау ұйымы қызметкерлерінің пікірін зерделеу және персоналды хабардар ету болып табылады.

10. Ішкі бақылау қызметі (аудит) ұйым басшысы бекітетін, медициналық көмектің сапасын қамтамасыз ету және үздіксіз арттыру жөніндегі бағдарламаны әзірлейді.

Бағдарлама мыналарды қамтиды:

- 1) бағдарламаның мақсаты мен міндеттері;
- 2) ішкі индикаторларды бағалай отырып, құрылымдық бөлімшелердің қызметін, сондай-ақ, бөлімшелер қызметінің белгіленген денсаулық сақтау саласындағы стандарттарға сәйкестігін талдау нәтижелері;
- 3) әрбір бөлімше қызметінің көрсеткіштерін жақсарту жөніндегі іс-шаралар;
- 4) жоғарыда көрсетілген іс-шараларға жауапты тұлғаларды және орындалу мерзімдерін айқындау;
- 5) бағдарламаны іске асырудан күтілетін нәтижелер.

11. Ішкі сараптама медициналық көмектің сапасын бағалау жолымен ретроспективтік және пациенттердің тікелей медициналық көмек алу сәтінде жүргізіледі.

12. Ішкі сараптамаға жататын жағдайлар (орта медицина персоналы үшін қызмет бөлімдері) және ішкі сараптама жүргізу кезеңділігі осы Қағидалардың 2-қосымшасында белгіленген.

13. Осы Қағидаларға 2-қосымшада санамаланғандардан басқа қалған медициналық көмек көрсету жағдайларының барлығы кездейсоқ іріктеудің статистикалық әдісімен қамтамасыз етілетін ішкі сараптамаға тартыла алатындай бірдей мүмкіндікке ие болады.

14. Орта медицина қызметкерлері жұмыстарының сапасын ішкі сараптама пациенттерге мейірбикелік көмектің қазіргі заманғы түрлерін ұйымдастыру мен көрсетуді жетілдіру және орта медицина қызметкерлерінің қызметіне медициналық көмек стандарттарын енгізу мақсатында жүзеге асырылады.

15. Ішкі сараптама жүргізу барысында:

- 1) медициналық көмек көрсету технологияларының денсаулық сақтау саласындағы белгіленген стандарттарға сәйкестігі бағаланады;
- 2) кадрлық және материалдық-техникалық ресурстарды пайдаланудың қамтамасыз етілуі және тиімділігі бағаланады;
- 3) медициналық қызметтер сапасына негізделген шағымдардың саны бойынша көрсетілетін медициналық көмектің деңгейі мен сапасына азаматтардың қанағаттанушылық дәрежесі пациенттерге және (немесе) олардың туыстарына сауалнама жүргізу жолымен айқындалады;
- 4) пациенттердің тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін алу құқығының сақталуы және пациенттерді жүргізіліп отырған инвазивтік араласу туралы хабардар болуы бағаланады;
- 5) анықталған кемшіліктерді жою және алдын алу бойынша ұсынымдар әзірленеді.

16. Медицина қызметкерлерінің білім деңгейін арттыру және емдеу-диагностикалық үдеріске оңтайлы тәсілдерді пысықтау мақсатында ішкі сараптаманың нәтижелері ауруханаішілік комиссиялардың отырыстарына, дәрігерлік конференцияларға шығарылады және талқыланады, кейіннен басқару шешімдері қабылданады.

### 3. Медициналық қызметтер көрсету сапасына сыртқы сараптаманы ұйымдастыру және жүргізу

17. Медициналық қызметтер көрсету сапасына сыртқы сараптаманы (бұдан әрі – сыртқы сараптама):

1) мемлекеттік бақылауды жүзеге асыру шеңберінде Қазақстан Республикасының медициналық қызметтер көрсету саласындағы заңнамасы талаптарының орындалуы тұрғысынан Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық және фармацевтикалық қызметті бақылау комитеті және (немесе) денсаулық сақтау саласындағы тәуелсіз сарапшылар;

2) медициналық қызметтердің толық тізбесін көрсетуді, денсаулық сақтау саласындағы стандарттарға сәйкес медициналық қызметтер көрсету көлемінің дұрыстығын бағалау мақсатында Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық қызметтерге ақы төлеу комитеті жүргізеді.

18. Тәуелсіз сарапшыларды сыртқы сараптаманы жүргізуге тарту Қазақстан Республикасының [заңнамасында](#) белгіленген тәртіппен жүзеге асырылады.

19. Денсаулық сақтау субъектілерінің медициналық қызметтер көрсетуінің сапасын сыртқы сараптау мемлекеттік бақылау және қадағалау туралы Қазақстан Республикасының [заңнамасында](#) белгіленген тәртіппен жоспарлы және жоспардан тыс тексеру нысанында жүзеге асырылады.

20. Сыртқы сараптаманы жүргізу кезінде тексерілетін кезең ішіндегі сыртқы сараптаманың нәтижелері медициналық қызметтер көрсету сапасының ішкі сараптамасы қағидаттарын сақтау, денсаулық сақтау ұйымының ішкі бақылау (аудит) қызметінің қабылдаған шараларының барабарлығы мен тиімділігі мәніне талдау жүргізіледі. Бірінші кезекте міндетті сараптамаға жататын ішкі сараптама жағдайларының, сондай-ақ пациенттердің өтініштерін қарау жағдайларының нәтижелері сарапталады.

Ішкі сараптама нәтижелерінің негізінде денсаулық сақтау ұйымдарының ішкі бақылау (аудит) қызметі жұмысының сапасы мен объективтілігі туралы қорытынды шығарылады.

21. Көрсетілетін медициналық көмектің түріне қарай сыртқы сараптамаға жататын жағдайлар (қызметтің бөлімдері) осы Қағидаларға [3-қосымшаға](#) сәйкес белгіленген.

22. Сыртқы индикаторларды талдау осы Қағидаларға [4-қосымшаға](#) сәйкес серпінде шекті мәндерін бағалау арқылы жүзеге асырылады.

23. Жеке немесе заңды тұлғалардың өтініштері бойынша сыртқы сараптама жүргізу кезінде өлім-жітім жағдайын сыртқы сараптама бойынша нақты жағдай жөнінде медициналық қызметтер көрсету сапасы бағаланады.

24. Сыртқы сараптама нәтижелері бойынша сыртқы сараптаманы жүргізген лауазымды адам екі данада сыртқы сараптама нәтижелері туралы акт жасайды.

Сыртқы сараптама нәтижелері туралы актіде:

1) актіні жасау күні, уақыты мен орны;

2) сыртқы сараптама жүргізуге негіз болған сыртқы сараптама тағайындау туралы бұйрықтың күні мен нөмірі;

3) сыртқы сараптама жүргізген адамның (адамдардың) тегі, аты, әкесінің аты және лауазымы;

4) тексерілетін субъектінің атауы немесе тегі, аты, әкесінің аты, сыртқы сараптама жүргізу кезінде қатысқан жеке немесе заңды тұлға өкілінің лауазымы;

5) сыртқы сараптама жүргізілген күні, орны және кезеңі;

6) сыртқы сараптама нәтижелері туралы, оның ішінде анықталған бұзушылықтар туралы, олардың сипаты туралы мәліметтер;

7) тексерілетін субъект өкілінің, сондай-ақ сыртқы сараптама жүргізу кезінде қатысқан тұлғалардың актімен танысуы туралы немесе танысудан бас тартуы туралы мәліметтер, олардың қол қоюы немесе қол қоюдан бас тартуы;

8) сыртқы сараптама жүргізген лауазымды тұлғаның (тұлғалардың) қолы көрсетіледі.

25. Сыртқы сараптама нәтижелері жөніндегі акт денсаулық сақтау субъектісінің басшысына немесе басшы болмаған жағдайда оны алмастыратын адамға ұсынылады.

Сыртқы сараптама нәтижелері жөніндегі ескертулер және (немесе) қарсылықтар жазбаша түрде жазылады және сыртқы сараптама нәтижелері туралы актіге қоса беріледі, ол туралы тиісті белгі жасалады.

26. Сыртқы сараптама нәтижелері туралы актінің бір данасы заңды тұлғаға немесе жеке тұлғаға не олардың өкілдеріне танысу үшін және анықталған бұзушылықтарды жою жөніндегі шараларды және басқа да іс-қимылдарды қабылдау үшін беріледі.

27. Сыртқы сараптама нәтижесінде анықталған бұзушылықтар бойынша тексерілетін субъекті қарсылықтар болған жағдайда күнтізбелік үш күннен аспайтын мерзімде сыртқы сараптама жүргізген лауазымды адаммен келісілетін мерзімдерді көрсете отырып, анықталған бұзушылықтарды жою үшін қабылданатын шаралар туралы ақпарат береді.

28. Әкімшілік жазалау шараларын қабылдау үшін негіздер анықталған жағдайда тәуелсіз сарапшылар тексеру аяқталған күннен кешіктірмей сыртқы сараптаманы жүргізген мемлекеттік органның тексеру субъектілерін әкімшілік жауаптылыққа тарту туралы шешім қабылдауы үшін оған материалдарды жібереді.

29. Сыртқы сараптаманың нәтижелерімен келіспеген жағдайда денсаулық сақтау субъектілері оларға Қазақстан Республикасының азаматтық [заңнамасында](#) белгіленген тәртіппен шағымданады.

## 4. Медициналық қызметтер сапасын ішкі және сыртқы сараптау кезеңдері

30. Медициналық қызметтер сапасын сараптау кезеңдері:

1) белгілі бір жұмыс кезеңіндегі денсаулық сақтау субъектісі қызметінің көрсеткіштерін өткен жұмыс кезеңінің көрсеткішімен, сондай-ақ халық денсаулығы жағдайының республикалық және облыстық көрсеткіштерімен салыстырмалы талдау мақсатында денсаулық сақтау субъектісінің есепке алу және есептілік құжаттарын талдау;

2) өткізілген емдеу-диагностикалық іс-шаралардың егжей-тегжейлі ретроспективалық және (немесе) ағымдағы талдауын зерделеу арқылы олардың денсаулық сақтау саласындағы белгіленген стандарттарға сәйкестігі мәніне клиникалық аудит жүргізу;

3) азаматтардың көрсетілетін медициналық көмектің деңгейі мен сапасына қанағаттанушылығы деңгейін айқындау пациенттерге және/немесе олардың туыстарына сауалнама жүргізу арқылы және денсаулық сақтау субъектісінің қызметіне азаматтардың негізделген өтініштерінің саны бойынша жүргізіледі;

4) медициналық қызметтер сапасы сараптамасының нәтижелерін талдау және қорыту;

5) медициналық қызметтер сапасы сараптамасының нәтижелері бойынша анықталған кемшіліктерді жоюға және алдын алуға бағытталған шаралар қабылдау.

31. Медициналық қызметтер сапасының сараптамасы:

1) медициналық қызметтердің сапасына сараптама жүргізу сәтінде медициналық көмек алған пациенттердің медициналық құжаттары зерделенетін, қажет болған жағдайда пациент тексеріліп-қаралатын, ағымдағы талдау;

2) медициналық қызметтер көрсету сапасына сараптама жүргізу сәтінде медициналық көмек алған пациенттердің медициналық құжаттары зерделенетін ретроспективалық талдау жүргізу жолымен жүзеге асырылады.

32. Медициналық құжаттарға талдау жүргізу кезінде мыналар бағаланады:

1) анамнез жинау сапасы;



- 2) диагностикалық зерттеулер жүргізудің толықтығы мен негізділігі;
- 3) емдеуге жатқызу кезеңінде жүргізілген зерттеулер нәтижелерін есепке ала отырып, бастапқы 3 күн ішінде қойылған клиникалық диагноздың дұрыстығы, уақтылылығы мен негізділігі;
- 4) емдеуде болу, осы нысанда медициналық көмек (амбулаториялық-емханалық, стационарлық, стационарды алмастыратын) алу негізділігі;
- 5) мамандар консультацияларының уақтылылығы мен сапасы;
- 6) емдік, оның ішінде диспансерлік, профилактикалық және оңалту іс-шараларының көлемі, сапасы мен өткізу негізділігі;
- 7) медициналық араласулардан кейін асқынулардың дамуы;
- 8) қол жеткізілген нәтиже;
- 9) көрсетілген медициналық көмекке қанағаттанушылық;
- 10) медициналық құжаттарды жүргізудің сапасы.

Амбулаториялық-емханалық көмек деңгейінде қосымша диспансерлік, профилактикалық және оңалту іс-шаралары бағаланады.

33. Анамнезді жинау сапасы төрт өлшем бойынша бағаланады:

- 1) анамнезді жинаудың жоқтығы;
- 2) негізгі құрамдастар бойынша (аллергологиялық бөлім, гемотрансфузиялық бөлім, бастан өткерген аурулар, дәрі-дәрмектік бөлім, ауыр тұқым қуалаушылық) ішінара немесе толық кемшіліктері бар жүйелік жинаудың жоқтығы;
- 3) толық жинаған кезде осы жағдайды түсіндіруде маңызды мәнге ие болатын айтарлықтай бөліктерге бөлудің болмауы;
- 4) асқынулардың туындауына әкеп соққан тәсілдік қателер себептері болып табылған анамнезді сапасыз жинау.

Пациенттің жағдайы аса ауыр болған немесе оның ес-түссіз күйде келген жағдайларда анамнезді жинау сапасы ескерілмейді.

34. Диагностикалық зерттеулердің сәйкестігін бағалау кезінде мынадай бес өлшем ескеріледі:

- 1) диагностикалық іс-шаралар мен тексерулер жүргізілген жоқ;
- 2) диагностикалық іс-шаралардың түсіндірмесі дұрыс емес немесе жоқ, бұл диагнозды дұрыс қоймауға және емдеу тәсілін іріктемеуге әкеледі;
- 3) аурулардың диагностикасы мен емдеу хаттамаларында көзделген диагностикалық зерттеулер жүргізілген жоқ;
- 4) пациенттің денсаулық жағдайы үшін диагностикалық рәсімдер жиынтығы мен жоғары, дәлелденбеген қатермен қосымша диагностикасы бар;
- 5) емдеу мерзімдерін негізсіз ұзартуға, емдеу құнының қымбаттауына әкелген және дұрыс диагноз қою үшін ақпарат бермеген диагностикалық рәсімдер мен қосымша зерттеулердің тым көп жиынтығы бар.

Жабдықтардың болмауы, дәрігер біліктілігінің жеткіліксіздігі, науқастың аса ауыр жағдайы мен шұғыл айғақтарына байланысты реанимациялық іс-шараларға немесе жедел көмекке диагностикалық зерттеулер жүргізудің қиындығы сияқты аурулардың диагностикасы мен емдеу хаттамаларының талаптарына сәйкес қажетті диагностикалық рәсімдер мен іс-шараларды жүргізбеудің объективті себептері медициналық қызметтер көрсету сапасын сараптау нәтижесінде көрсетіледі. Зерттеп-қарау жөніндегі стандартты орындамаудың медициналық көмекті жүзеге асырудың келесі кезеңдері әсеріне бағалау жүргізіледі.

35. Клиникалық диагноз қоюдың дұрыстығы мен нақтылығын бағалау төрт өлшем бойынша жүргізіледі:

- 1) диагноз дұрыс қойылмаған немесе жоқ, оның ішінде диагноз толық емес, аурулардың

халықаралық жіктемесіне немесе жалпыға бірдей жіктемелерге сәйкес келмейді;

2) ауру ағымының ауырлығын анықтайтын жетекші патологиялық синдром анықталмаған, қосалқы аурулар, сондай-ақ асқынулар анықталмаған;

3) диагноз дұрыс, бірақ толық емес, асқынулар анықталғанмен жетекші патологиялық синдром анықталмаған, бірақ нәтиже үшін маңызды қосалқы аурулар анықталмаған;

4) негізгі аурудың диагнозы дұрыс, алайда, нәтиже үшін маңызды қосалқы аурулар диагностикаланбаған.

Дұрыс емес және (немесе) уақтылы емес диагностиканың негізгі аурудың атипиялық ағымы, біліне қоймайтын ауыр қосалқы аурудың, сирек кездесетін асқынулар мен қосалқы аурулардың болуы сияқты объективті себептері медициналық қызметтер көрсету сапасы сараптамасының нәтижелерінде көрсетіледі. Диагнозды дұрыс және (немесе) уақтылы қоймаудың медициналық көмекті жүзеге асырудың кейінгі кезеңдеріне әсерін бағалау жүргізіледі.

36. Мамандар консультациясының уақтылығы және сапасын бағалау мынадай төрт өлшем бойынша жүзеге асырылады:

1) консультация өткізілген жоқ, бұл симптомдар мен синдромдарды қате түсіндіруге әкелді, бұл аурудың нәтижесіне теріс әсер етті;

2) консультация уақтылы өткізілді, бірақ консультанттың пікірі дұрыс диагноз қою кезінде ескерілген жоқ, бұл аурудың нәтижесіне ішінара әсер етті;

3) консультация уақтылы өткізілді, консультанттың пікірі дұрыс диагноз қою кезінде ескерілді, бірақ емдеу жөніндегі консультанттың ұсынымдары орындалған жоқ, аурудың нәтижесіне ішінара әсер етті;

4) консультанттың пікірі қате, бұл аурудың нәтижесіне әсер етті.

Консультация кешігіп жүргізілген жағдайда, консультацияны уақтылы бермеу себептері және диагнозды уақтылы қоймауға ықпал ету медициналық көмекті жүзеге асырудың кейінгі кезеңдеріне объективті бағалау жүргізіледі.

37. Тағайындалған емдік іс-шараларды бағалау мынадай өлшемдер бойынша жүргізіледі:

1) айғақтары болған жағдайда емнің болмауы;

2) емдеу айғақтарынсыз тағайындалған;

3) емдеу кезінде осы пациенттің ауруы ағымының ерекшелігі, қосалқы аурулары, асқынулары есепке алынбай, тиімділігі аз емдеу іс-шаралары тағайындалған;

4) емдеу іс-шаралары толық орындалған жоқ, органдар мен жүйелердің функциялық жетіспеушілігі, дәрілік заттардың әсер ету тетіктерінің ерекшеліктері есепке алынбаған;

5) пациенттің бастамасы бойынша емдеуді тоқтатудың құжат бойынша ресімделген жағдайларынан басқа, клиникалық әсерін толық бағаламау және (немесе) ауру ағымының ауырлауы кезінде емдеуді уақытынан бұрын тоқтату;

6) денсаулық сақтау саласындағы нормативтік құқықтық актілердің талаптарын сақтамау, оның ішінде аурулардың диагностикасы мен емдеу хаттамалары талаптарынан айтарлықтай ауытқу, дәрі-дәрмектердің ауыр жанама әсерінсіз полипрагмазияның болуы және жаңа патологиялық синдромның дамуы;

7) денсаулық сақтау саласындағы нормативтік құқықтық актілерді сақтамау, оның ішінде аурулардың диагностикасы мен емдеу хаттамаларынан талаптарынан толық ауытқу, жаңа патологиялық синдромның дамуына және пациенттің жағдайын нашарлатуға әкелген полипрагмазияның болуы.

Емдеу іс-шараларын бағалау кезінде медициналық көмектің сапасы сараптамасының нәтижелерінде қиындық туғызатын немесе емдеу іс-шараларын жүргізу мүмкін емес және аурудың нәтижесіне әсер еткен немесе әсер етуі мүмкін мән-жайлардың болуы ескеріледі және көрсетіледі.

38. Стационар деңгейіндегі медициналық көмектің сапасына сараптама жүргізу кезінде емдеуге жатқыздан бас тартудың негізділігін бағалау, стационарлардың қабылдау бөлімшелерінде медициналық көмек көрсетудің сапасын бағалау, жедел көмек станцияларымен (бөлімшелерімен) сабақтастықтың болуын, халықтың стационарлық көмекке қолжетімділігін бағалау жүргізіледі. Амбулаториялық-емханалық көмек деңгейінде пациенттер үшін медициналық көмектің қолжетімділігіне, тіркеу орнының жұмысын ұйымдастыруға бағалау жүргізіледі.

39. Медициналық көмектің сапасын бағалауға туындаған асқынулар және операцияны орындаудың нашар техникалық сапасымен түсіндірілетін асқынулар, хирургиялық манипуляцияларды орындаудың салдары болып табылатын операциядан кейінгі асқынулар және басқа да зерттеу әдістерін қолдану жатады.

40. Медициналық құжаттаманы жүргізудің сапасы денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті орган бекіткен денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттамасы нысанына сәйкес жазбалардың болуы, толықтығы мен сапасы бойынша анықталады.

Медициналық қызметтер көрсету сапасына сараптама жүргізу барысында пациенттің инвазивтік араласулар жүргізуден хабардар болу келісімін, ұсынылған емнен бас тартуын, сондай-ақ Кодекстің 56-бабының 2-тармағында белгіленген жағдайларды қоспағанда, патологоанатомиялық зерттеу жүргізеу негізділігін ресімдеу бағаланады.

41. Диспансерлік іс-шаралар олардың науқас жағдайына әсерін, аурудың асқынуларының туындау жиілігін, дәрігерлік тексерулердің уақтылылығын, тұрақтылығын, олардың ауырлығы мен ұзақтығын, жүргізілген зертханалық және аспаптық тексерулерді, профилактикалық ем тағайындау тұрғысынан мынадай өлшемдер бойынша бағаланады:

- 1) диспансерлік байқаудың еселігі;
- 2) тексерудің сапасы және тексеру түрлерінің ауруларды диагностикалау мен емдеудің бекітілген хаттамаларына сәйкестігі, хаттамаларға енген зертханалық-диагностикалық зерттеулер жүргізудің негізділігі;
- 3) емдеу сапасы мен тағайындалған емнің денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті орган бекіткен ауруларды диагностикалау мен емдеу хаттамаларына сәйкестігі;
- 4) емдеуге жатқызу кезінде стационарлық емге айғақтардың болуы;
- 5) стационардан шығарғаннан кейінгі байқау;
- 6) емді жалғастыру, оның ішінде егер науқас стационарлық емдеуге жіберілген болса, алайда стационарға келіп түспесе;
- 7) сауығыуына байланысты есептен алу дұрыстығының статистикалық деректері.

42. Профилактикалық (скринингтер, вакцинациялау, бір жасқа толмаған балаларды диспансерлеу, жүкті әйелдерді бақылау, отбасын жоспарлау жөніндегі іс-шаралар) және оңалту іс-шаралары оларды жүргізу айғақтарының болуын, жүргізудің уақтылылығын, ауруларды бастапқы анықтау деңгейін, медициналық тексеру нәтижелері бойынша қабылданған шараларды, сауықтыру іс-шаралары кешенін орындауды, сауықтыру нәтижелерін есепке ала отырып, бағаланады.

43. 5 жасқа дейінгі балалардың профилактикалық іс-шараларын бағалау мынадай өлшемдер бойынша жүргізіледі:

- 1) балаларды бақылау мерзімдерін сақтау және мамандар тексерулерінің толықтығы;
- 2) күтім жасау және қоректендіру бойынша ұсынымдардың уақтылылығы;
- 3) балалар жасындағы ауруларды ықпалдастыра тексеріп-қарау және балалардың ерте жастан даму қағидаттарына сәйкес күтім жасау және қоректендіру бойынша ұсынымдардың барабарлығы;
- 4) профилактикалық екпелер күнтізбесін сақтау;
- 5) екпелер жасағаннан кейін бала денсаулығының жағдайын бақылаудың болуы;

6) медициналық босату негізділігі.

44. Жүкті әйелдердің профилактикалық іс-шараларын бағалау мынадай өлшемдер бойынша жүргізіледі:

- 1) жүктілігі бойынша есепке алу мерзімдері мен серпінін бақылау;
- 2) пренаталдық скринингтің болуын қоса алғанда, тексерудің толықтығы мен тиімділігі;
- 3) жүктілік асқынуларын және экстрагениталдық патологияны диагностикалаудың уақтылылығы, оның ішінде экстрагениталдық патологияны анықтау мақсатында бейінді мамандардың консультациясының болуы;
- 4) жүкті әйелдің қатер тобының жоспарланған емдеуге жатқызу деңгейіне сәйкестігі;
- 5) жүкті әйелдерді тегін және (немесе) жеңілдікті негізде дәрілік препараттармен қамтамасыз ету.

45. Қол жеткізілген нәтижені бағалау мынадай өлшемдер бойынша жүргізіледі:

- 1) медициналық көмек көрсету технологиясын сақтау кезінде күтілетін клиникалық әсерге қол жеткізу;
- 2) диагностикалық іс-шараларды сапасыз (анамнезді толық жинамау, тексеру нәтижелерінің болмауы немесе дұрыс интерпретацияламау, диагнозды дұрыс немесе нақты қоймау) өткізудің салдарынан емдеу және профилактикалық іс-шаралардың клиникалық әсерінің болмауы;
- 3) осы пациенттің ауруы ағымының ерекшеліктерін, қосалқы ауруларын, асқынуларды, дәрілік заттардың әсері тетіктерінің ерекшеліктерін есепке алмай тиімділігі аз емдік, профилактикалық іс-шараларды өткізудің салдарынан күтілген клиникалық әсерге қол жеткізілген жоқ;
- 4) келеңсіз салдардың дамуына негіз болған полипрагмазияның болуы.

46. Медициналық қызметтер көрсету сапасына сараптаманы аяқтағаннан кейін медициналық көмек көрсетуден бас тартылған кезде:

- 1) көрсетілген медициналық көмектің Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласындағы қолданыстағы заңнамасының талаптарына сәйкестігі (сәйкессіздігі) туралы;
- 2) пациентке мемлекет кепілдік берген көлемде тегін медициналық көмек беру туралы;
- 3) нақты тұлғаларды көрсете отырып, тәртіптік және (немесе) әкімшілік-құқықтық ықпал ету шараларын қабылдау үшін негіздемелердің болуы туралы тұжырымдар жіктеліп, жасалады.

Медициналық қызметтер көрсету сапасына  
ішкі және сыртқы сараптамаларды  
ұйымдастыру мен жүргізу қағидаларына  
1-қосымша

## Медициналық қызметтер көрсетудің сапасын бағалаудың ішкі индикаторлары

р/с №	Индикаторлардың атауы	Ақпараттың кезеңділігі	Ақпарат көзі	Шекті мәні
1				
2				
3				
4				
5				

**Стационарлық көмектер көрсететін ұйымдар үшін медициналық қызметтер көрсету сапасын бағалау индикаторлары**

1	Жоспарлы емдеуге жатқызу кезіндегі өлім-жітім жағдайларының үлес салмағы	Ай сайын	Есеп беру деректері, стационардағы науқастың медициналық картасы (003/у нысаны)	Индикаторлардың мәні нөлге жетуі тиіс
1)	Стационардағы тәуліктік өлім-жітім көрсеткіштері	Тоқсан сайын	Стационардағы науқастың медициналық картасы (003/у нысаны), стационардан шыққан науқастардың статистикалық картасы (066/у нысаны)	Индикаторлардың мәні 4%-дан аспайды
2	Жоспарлы емдеуге жатқызу кезіндегі операциядан кейінгі өлім-жітім көрсеткіші	Ай сайын	Есеп беру деректері, стационардағы науқастың медициналық картасы (003/у нысаны)	Жоспарлы емдеуге жатқызу жағдайында индикаторлардың мәні нөлге жетуі тиіс
1)	Операция кезіндегі асқынулардың үлес салмағы	Тоқсан сайын	Есеп беру деректері, стационардағы науқастың медициналық картасы (003/у нысаны), стационардағы шұғыл операцияларды жазу журналы (008/у нысаны)	Индикаторлардың мәні 5%-дан аспайды
2)	Операциядан кейінгі асқынулардың үлес салмағы	Тоқсан сайын	Есеп беру деректері, стационардағы шұғыл операцияларды жазу журналы (008/у нысаны)	Индикаторлардың мәні 3%-дан аспайды
3	Есеп беру кезіндегі ана өлімі жағдайларының саны, олардың ішінде: акушерлік қан кету; гестоздар; жасанды түсіктер; экстрагенитальды патология	Күн сайын	Медициналық ұйымдарда жүкті әйелдер, босанушы әйелдердің мониторинг деректері, ана өлімін есепке алу картасы (2009-1/у нысаны)	Басқару ұйымына берілу себептері бойынша индикаторлардың мәні нөлге жетуі тиіс
1)	Туу жарақаттары жағдайларының үлес салмағы	Тоқсан сайын	Туу тарихы (096/у нысаны), стационардағы шұғыл операцияларды жазу журналы (008/у нысаны)	Индикаторлардың мәні нөлге жетуі тиіс

			нысаны)	
2)	Кесарь тілігінің жалпы санынан шұғыл кесарь тілігінің үлес салмағы	Тоқсан сайын	Туу тарихы (096/у нысаны), стационардағы шұғыл операцияларды жазу журналы (008/у нысаны)	Индикаторлардың мәні 20%-дан аспайды
3)	Емдеуге жатудан бас тартудан кейін тәулік ішінде стационарға түскен жүкті әйелдердің үлес салмағы	Тоқсан сайын	Науқастарды қабылдау және емдеуге жатудан бас тартуларды есепке алу журналы (001/у нысаны)	Индикаторлардың мәні нөлге жетуі тиіс
4)	Стационарға түскен кездегі экстрагенитальды патологиялардың анықталу толықтығы	Тоқсан сайын	Туу тарихы (096/у нысаны), стационардағы науқастың медициналық картасы (003/у нысаны), стационардан шыққандардың статистикалық картасы (066/у нысаны)	Индикаторлардың мәні 100%-дан аспайды
4	Есеп беру кезеңі ішінде 0-ден 5 жасқа дейінгі балалардың өлу жағдайларының саны, олардың ішінде: тыныс алу органдарының аурулары; ішек инфекциялары; дамуындағы туа біткен кемтарлық; перинатальді кезеңдегі себептер.	Ай сайын	Ана өлімін есепке алу картасы (2009/у нысаны)	Есеп беру кезеңіндегі көрсеткіштер мәнінің алдағымен салыстырғанда 5%-ға кемуі
1)	Нәрестелердің жарақаттану жағдайларының үлес салмағы	Тоқсан сайын	Туу тарихы(096/у нысаны), Нәрестенің дамуының тарихы (097/у нысаны)	Индикаторлардың мәні нөлге жетуі тиіс
2)	100 тірі және өлі туылғандарда ұрықтың интранатальды өлімінің	Тоқсан сайын	Туу тарихы (096/у нысаны)	Есеп беру кезеңіндегі көрсеткіштер мәнінің

көрсеткіші				алдағымен салыстырғанда 10%-ға кемуі
3) Термолық бақылауда жылудың берілуін сақтау көрсеткіші (температуралық режим мониторингі)	Тоқсан сайын	Нәрестенің дамуының тарихы (097/у нысаны) Туу тарихы (096/у нысаны)	Индикаторлардың мәні 0,5%-дан аспайды	
4) 1000 тірі туылғандардағы ерте неонатальді өлім (7 тәулікке дейін) көрсеткіші	Тоқсан сайын	Нәрестенің дамуының тарихы (097/у нысаны)	Есеп беру кезеңіндегі көрсеткіштер мәнінің алдағымен салыстырғанда 5%-ға кемуі	
5 Ауруханаішілік инфекциялар көрсеткіші	Ай сайын	Инфекциялық ауруларды тіркеу журналы (060/у нысаны)	Индикаторлардың мәні нөлге жетуі тиіс	
1) Шұғыл операциядан кейінгі іріңді-септикалық үдерістердің үлес салмағы	Ай сайын	Стационардағы науқастың медициналық картасы (003/у нысаны)	Индикаторлардың мәні 1%-дан аспайды	
2) Нәрестелердегі іріңді-септикалық үдерістердің үлес салмағы	Ай сайын	Нәрестенің дамуының тарихы (097/у нысаны)	Индикаторлардың мәні нөлге жетуі тиіс	
6 Қайта түсу көрсеткіші (сол бір ауруға байланысты бір ай ішінде)	Ай сайын	Есеп беру деректері, стационардағы науқастың медициналық картасы (003/у нысаны), стационардан шыққандардың статистикалық картасы (066/у нысаны)	Индикаторлардың мәні нөлге жетуі тиіс	
7 Клиникалық және патологоанатомиялық диагноздардың ауытқушылық жағдайлары	Ай сайын	Патологоанатомиялық зерттеулер хаттамасы (013/у нысаны)	Индикаторлардың мәні нөлге жетуі тиіс	

8	Өткен жылдың ұқсас кезеңімен салыстырғанда негізделген шағымдардың жалпы саны	Ай сайын	Өтініштерді тіркеу журналы	Индикаторлардың мәні нөлге жетуі тиіс
---	-------------------------------------------------------------------------------	----------	----------------------------	---------------------------------------

**Амбулаториялық-емханалық көмектер көрсететін ұйымдар үшін медициналық қызметтер көрсету сапасын бағалау индикаторы**

9	Жалпы өлім-жітім көрсеткіші, соның ішінде есеп беру кезінде тіркелген тұрғындар арасында еңбекке жарамды жастағылар	Тоқсан сайын	Мекенжайы көрсетілген аудандық статистикалық басқарма деректері	Есеп беру кезеңіндегі көрсеткіштер мәнінің алдағымен салыстырғанда 5%-ға кемуі
1)	Еңбекке жарамды жастағы адамдардың мүгедектікке алғаш шығу көрсеткіші	Жылына 1 рет	Медициналық-элеуметтік сараптау комиссиясының мәліметтері	Есеп беру кезеңіндегі көрсеткіштер мәнінің алдағымен салыстырғанда 1%-ға кемуі
10	БСМК деңгейінде ана өлімі жағдайларын болдырмаудың үлес салмағы	Күн сайын	Ана өлімін тіркеу картасы (2009-1/у нысаны) (БСМК деңгейінде ана өлімін болдырмау жағдайлары) (МФҚБК сараптау нәтижесі бойынша)	Индикаторлардың мәні нөлге жетуі тиіс
1)	Тіркелген тұрғындардан ФЖӨ-дер арасында экстрагенитальді патологиядан сауыққан әйелдердің үлес салмағы	Тоқсан сайын	Амбулаториялық науқастың медициналық картасы (025/у нысаны), амбулаториялық пациенттің статистикалық картасы (025-05/у нысаны)  Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасы (030/у нысаны)	Өткен кезеңмен салыстырғанда көрсеткіштің 5%-ға өсуі



2)	Жүктілік кезінде абсолютті кері көрсеткіштері бар әйелдердің контрацепциясын қамту	Тоқсан сайын	Амбулаториялық науқастың медициналық картасы (025/у нысаны)	Индикаторлардың мәні 100%-ға жетуі тиіс
3)	Жүктілік абсолютті кері әсер ететін экстрагенитальді патологиясы бар ФЖӨ-дің жүктілік жағдайлары	Тоқсан сайын	Стационардан шыққандардың статистикалық картасы (066/у нысаны), «Жүктілерді тіркеу» бағдарламалық қамтамасыз ету	Индикаторлардың мәні нөлге жетуі тиіс
4)	Босануға қатысты жасанды түсіктер деңгейі	Тоқсан сайын	Стационардан шыққандардың статистикалық картасы (066/у нысаны), (АХК-10: босану)	Есеп беру кезеңіндегі көрсеткіштер мәнінің алдағымен салыстырғанда 5%-ға кемуі
5)	Өңірлендіру қағидаттарын бұза отырып емдеуге жатқызылған жүкті әйелдердің үлес салмағы	Тоқсан сайын	Стационардан шыққандардың статистикалық картасы (066/у нысаны), (АХК-10: босануға рұқсат етілгендігін көрсете отырып)  «Жүктілерді тіркеу» бағдарламалық қамтамасыз ету	Есеп беру кезеңіндегі көрсеткіштер мәнінің алдағымен салыстырғанда 5%-ға кемуі
11	БСМК (ЖИА, ЖРА) деңгейінде алдын алатын 5 жасқа дейінгі балалар өлімі	Күн сайын	Тірі, өлі туылған және 5 жасқа дейінгі жастағы өлген балаларды тіркеу картасы (2009/у нысаны)	Есеп беру кезеңіндегі көрсеткіштер мәнінің алдағымен салыстырғанда 5%-ға кемуі
1)	БЖАИЖ, БЕЖД бағдарламасы бойынша БСМК-нің оқытылған медициналық қызметкерлерін (дәрігерлер, орта	Жылына 1 рет	Кадр бөлімінің есебі	Индикаторлардың мәні 70%-дан кем емес

медициналық  
қызметкерлер) үлес  
салмағы

- |    |                                                                                                                                             |              |                                                                                                                    |                                                                                |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 2) | 7 күннен 5 жасқа дейінгі жаста үйінде қайтыс болған балалар көрсеткіші                                                                      | Тоқсан сайын | «Млад» ААЖ, аудандық статистикалық басқарманың деректері                                                           | Есеп беру кезеңіндегі көрсеткіштер мәнінің алдағымен салыстырғанда 5%-ға кемуі |
| 3) | Перзентханадан шығарылғаннан кейінгі алғашқы 3 күнде нәрестені дәрігерлердің тексеру көрсеткіші                                             | Тоқсан сайын | Баланың дамуы тарихы (112/у нысаны), «Стационар» ААЖ                                                               | Индикаторлардың мәні 100%-ға жетуі тиіс.                                       |
| 4) | Есеп беру кезінде ЖІА, ЖРА ауыратын 5 жасқа дейінгі балаларды шұғыл емдеуге жатқызудың үлес салмағы                                         | Тоқсан сайын | «Мединформ» деректері                                                                                              | Есеп беру кезеңіндегі көрсеткіштер мәнінің алдағымен салыстырғанда 1%-ға кемуі |
| 5) | БЖАИЖ қағидаттарына сәйкес қауіп белгілерін оқыған, 5 жасқа дейінгі балалардың ата-аналары санының үлес салмағы                             | Тоқсан сайын | Дені сау бала кабинетінің журналы                                                                                  | Индикаторлардың мәні 100%-ға жетуі тиіс.                                       |
| 6) | Нәрестенің іштегі ұрықта диагностикаланбаған ТБК жағдайы                                                                                    | Тоқсан сайын | Баланың даму сырқатнамасы тарихы (112/у нысаны), жүкті, босанатын, босанған әйелдердің жеке картасы (111/у нысаны) | Индикаторлардың мәні нөлге жетуі тиіс                                          |
| 7) | Ата-анасы бас тартқан тастанды балалар мен АИТВ-жұқтырған аналардан, цитостатик қабылдайтын аналардан туған балаларды қоспағанда, тек емшек | Тоқсан сайын | Баланың даму тарихы (112/у нысаны)                                                                                 | Индикаторлардың мәні 100%-ға жетуі тиіс                                        |

сүтімен қоректенетін 6 айлық баланың үлес салмағы

8)	Ата-анасы бас тартқан тастанды балалар мен АИТВ-жұқтырған аналардан, цитостатик қабылдайтын аналардан туған балаларды қоспағанда, 2 жасқа дейін емшек еметін балалардың үлес салмағы	Тоқсан сайын	Баланың даму тарихы (112/у нысаны)	Өткен кезеңмен салыстырғанда көрсеткіштің 5%-ға өсуі
12	Өкпе ауруы алғаш анықталған науқастар арасында асқыну жағдайларының үлес салмағы	Тоқсан сайын	«Туберкулезбен ауыратын науқастарды тіркеу» бағдарламалық кешені	Осы кезеңдегі көрсеткіштер мәнінің алдағымен салыстырғанда 5%-ға кемуі
1)	Міндетті контингент арасында халықты профилактикалық флюорографиямен қамту	Жылына 1 рет	Флюорографиялық тексерулер жүргізу жоспары, флюорографиялық тексерулерді тіркеу журналы, есеп беру нысандары	Индикаторлардың мәні 100%-ға жетуі тиіс
2)	Флюорография әдісімен тексерілген адамдар арасында туберкулезге шалдыққан науқастардың анықталу көрсеткіші	Тоқсан сайын	Флюорографиялық тексерулерді тіркеу журналы, профилактикалық флюорографиялық тексерулер картасы (052/у нысаны)	Индикаторлардың мәні кемінде 60%-ды құрайды
3)	Микроскопия әдісімен тексерілген адамдар арасында туберкулезге күдікті науқастардың анықталу көрсеткіші	Тоқсан сайын	Микроскопиялық тексерулерді тіркеу журналы, есеп беру нысандары, зертханалық тіркеу журналы (ТБ 04/у нысаны), туберкулез микробактериясына қақырықты микроскопиялық	Индикаторлардың мәні кемінде 70%-ды құрайды

			зерттеуге жіберу (ТБ 05/у нысаны)	
4)	БСМК деңгейінде терапияны үзген, туберкулезбен ауыратын науқастар саны	Тоқсан сайын	Амбулаториялық науқастың медициналық картасы (025/у нысаны)	Индикаторлардың мәні нөлге жетуі тиіс
5)	Психологиялық-элеуметтік көмек алатын, туберкулезбен ауыратын науқастар саны	Тоқсан сайын	Амбулаториялық науқастың медициналық картасы (025/у нысаны)	Өткен кезеңмен салыстырғанда науқастар санының 20%-ға өсуі
13	Есеп беру кезінде 3-4 сатыдағы қатерлі ісіктермен ауыратын алғаш анықталған науқастар санының үлес салмағы	Жылына 1 рет	«Онкологиялық тіркеу» дерекқоры	Өткен кезеңмен салыстырғанда көрсеткіштің 5%-ға кемуі
1)	Есеп беру кезінде 1-2 сатыдағы қатерлі ісіктермен ауыратын алғаш анықталған науқастар санының үлес салмағы	Жылына 1 рет	«Онкологиялық тіркеу» дерекқоры	Өткен кезеңмен салыстырғанда көрсеткіштің 1%-ға өсуі
2)	Қатерлі ісіктермен ауыратын науқастардың 5 жылдық өмір сүру көрсеткіші	Жылына 1 рет	«Онкологиялық тіркеу» дерекқоры	Индикаторлардың мәні 50%-ды құрайды
14	Өткен кезеңмен салыстырғанда есеп беру кезінің ішінде негізделген шағымдардың жалпы саны	Тоқсан сайын	Өтініштерді тіркеу журналы	Өткен кезеңмен салыстырғанда көрсеткіштің 10%-ға кемуі
15	Жүрек-қан тамыры жүйесі ауруларының асқынумен емдеуге жатқызылған тіркелген	Тоқсан сайын	Стационардан шыққандардың статистикалық картасы (066/у нысаны), (АХК-10:	Есеп беру кезеңіндегі көрсеткіштер мәнінің алдағымен

халық саны ішінде  
науқастардың емдеуге  
жатқызылу деңгейі:  
күре тамыр  
гипертензиясы;  
миокард инфаркті;  
инсульт

I10-I13, I20-I21.4, I60-  
I66.9)

салыстырғанда 10%-  
ға кемуі

### Ескертпе: аббревиатуралардың толық жазылуы

БМСК - бастапқы медициналық-санитарлық көмектер

ФЖӨ - фертильді жастағы әйелдер

ЖИИ - жіті ішек инфекциялары

ЖРИ – жіті респираторлық инфекция

БЖАЫЖ – балалар жасындағы ауруларды ыңқолдастыру жүргізу

БЕЖД – балалардың ерте жастан дамуы

ДТБК – дамудың туа біткен кемістігі

МФҚБК – Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық және фармациялық қызметті бақылау комитеті

АХК-10 – аурудың халықаралық сыныптамасы Х қайта қарау

ААЖ – автоматтандырылған ақпараттық жүйе

Медициналық қызметтер көрсету сапасына  
ішкі және сыртқы сараптамаларды  
ұйымдастыру мен жүргізу қағидаларына  
2-қосымша

## Медициналық қызметтер көрсету сапасына ішкі сараптама

Ішкі сараптама жасалатын жағдайлар  
(қызметтің бөлімдері) және ішкі  
сараптамалар өткізудің мерзімділігі

Сараптама өткізуге  
жауаптылар

Ішкі сараптама  
қорытындылары

1

2

3

1. Стационарлық көмек көрсететін  
ұйымдағы барлық жағдайлар:  
1) өлім-жітім;  
2) ауруханаішілік инфекциялардың  
пайда болу фактілері;  
3) асқынулар, оның ішінде операциядан  
кейінгі асқынулар;  
4) алдыңғы сапасыз емдеу салдарынан  
бір ай ішінде сол бір ауру бойынша  
қайта емдеуге жатқызу;  
5) емделу мерзімін ұзарту немесе

Ішкі бақылау қызметі (аудит)

1. Анықталған  
ақаулардың жалпы  
саны, олардың  
құрылымы, ықтимал  
себептері мен оларды  
жою жолдары;  
2. Денсаулығының  
нашарлауына әкеліп  
соқтырған анықталған  
ақаулар саны;  
3. Медициналық көмек

қысқарту;

6) диагноздардың сәйкес келмеуі;

7) негізсіз емделуге жатқызу - бір тоқсанда кемінде 5% емделу жағдайлары.

2. Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін ұйымдағы барлық жағдайлар:

1) ана өлім-жітімі;

2) 0-ден 5 жасты қоса алғанда балалардың үйдегі өлім-жітімі;

3) еңбекке жарамды жастағы адамдардың аурудан үйде қайтыс болуы;

4) онкологиялық аурулар мен туберкулердің асқынған түрлері;

5) еңбекке жарамды жастағы тұлғалардың мүгедектікке алғаш шығуы;

6) жүктіліктің асқынулары;

7) стационардан шығарылғаннан кейінгі азаматтарды бақылауға алу - тоқсан ішіндегі кемінде 30 аяқталған жағдайлар.

3. Жедел медициналық жәрдем ұйымындағы барлық жағдайлар:

1) бір тәулік ішінде сол бір ауру бойынша қайталап шақыртулар;

2) шақырту кезіндегі өлім-жітім: бригада келгенге дейінгі өлім, бригада келген кездегі өлім;

3) жедел жәрдем бригадасы мен науқастарды емдеуге жатқызған стационар диагноздарының сәйкес келмеуі – тоқсан ішінде кемінде 50 қызмет көрсетілген шақыртулар.

4. Қан тапсыру саласында жұмыс істейтін ұйымда ақылы және ақысыз негізде қан тапсырған донорлардың медициналық карталары - тоқсан бойынша донорлардың кемінде 20% медициналық карталары; мыналарды қоса алғанда, қанды және оның компоненттерін дайындау мен сақтау кезеңдері мен технологиялары:

1) функционалдық блоктардың болуы және оларды ұстау;

2) «Салқындату тізбегінің» шарттары;

көрсетуге арналған шығындардың көбеюіне әкелген анықталған ауытқулар саны

- 3) техникалық қызмет көрсетудің тұрақтылығы, медициналық-жабдықтарды калибрлеу;
- 4) кіріс бақылауы нәтижелері;
- 5) карантиндеуді сақтау;
- 6) асқыну кезеңдерін анықтау емшараларының болуы;
- 7) қан өнімдерінің инфекциялық және иммундық-биологиялық қауіпсіздігін қамтамасыз ету;
- 8) қанды консервілеудегі ақаудың болуы.

5. Орта медицина қызметкерлері жұмысының сапасын сараптау мыналарды қамтиды:

- 1) аға мейірбикелер жұмысының сапасын бағалау;
  - 2) орта медицина қызметкерлерінің жұмысын ішінара бағалау.
- 1 сараптама мыналарды қамтиды:
- 1) орта және кіші медицина қызметкерлерін кадрлық жоспарлау, оларды тиімді орналастыру және пайдалану жұмысты ұйымдастыру;
  - 2) орта медицина қызметкерлерінің біліктілігін арттыру, қайта даярлау, біліктілігін бағалау жөніндегі ұйымдастыру іс-шаралары;
  - 3) бөлімшедегі эпидемияға қарсы іс-шараларға бақылауды жүзеге асыру;
  - 4) емдеу үдерісін ұйымдастыру - тоқсан сайын кемінде 5 сараптама.

Медициналық қызметтер көрсету сапасына  
ішкі және сыртқы сараптамаларды  
ұйымдастыру мен жүргізу қағидаларына  
3-қосымша

## Медициналық қызметтер сапасының сыртқы сараптамасы

Сараптама жасалатын жағдайлар (қызмет бөлімдері)	Сыртқы сараптамаларды орындаушы адамдар	Сараптама нәтижесі бойынша қорытындылар
1	2	3
1. Стационарлық көмек көрсететін	Мемлекеттік медициналық	1. Денсаулық сақтау

<p>ұйымдар:</p> <p>1) тіркелген өлім-жітім жағдайларының жалпы санының 100% жағдайлары;</p> <p>2) тіркелген жағдайлардың жалпы санынан кемінде 50%-ы*:</p> <p>ауруханаішілік инфекциялардың туындауы;</p> <p>асқынулар, оның ішінде операциядан кейінгі;</p> <p>алдыңғы емнің сапасыздығы салдарынан бір айдың ішінде сол бір ауру бойынша қайта емдеуге жатқызу;</p> <p>3) талдау кезеңінде емделген науқастар санынан әрбір стационар бөлімшелері бойынша стационарлық науқастың медициналық карталарының кемінде 10%-ы.</p> <p>2. Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін ұйымдарда:</p> <p>1) тіркелген жағдайлардың жалпы санының 100% жағдайлары:</p> <p>ана өлімі;</p> <p>0-ден 5 жасқа дейінгілерді қоса алғанда, үйінде қайтыс болғандар;</p> <p>еңбекке жарамды жастағы адамдардың үйінде қайтыс болуы;</p> <p>онкологиялық аурулар мен туберкулездің асқынған түрлері;</p> <p>2) тіркелген жағдайлардың жалпы санының 50% жағдайлары*:</p> <p>жүктілік кезіндегі асқынулар: ауыр деңгейдегі гестоздар, босанудағы, акушерлік қан кетудегі асқынулар, гистерэктомиямен;</p> <p>еңбекке жарамды жастағы адамдардың алғаш мүгедектікке шығуы;</p> <p>денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті органның анықтауы бойынша медициналық көмек басым болып табылатын аурулар бойынша стационардан шыққаннан кейін азаматтарды бақылау;</p> <p>3) әр бөлімшеден және (немесе) мамандар бейінінен амбулаториялық науқастардың кемінде 10 медициналық картасы.</p> <p>3. Қан қызметі саласында қызметті түгел асыратың ұйымдарда: тегін және ақылы</p>	<p>және фармацевтикалық қызметті бақылау органдарының мамандары және (немесе) аккредиттелген тәуелсіз сарапшылар</p>	<p>саласында қолданыстағы заңнама талаптарына көрсетілген медициналық көмектің сәйкестігі (сәйкессіздігі) туралы;</p> <p>2. Пациентке мемлекетпен кепілдік аясында берілген тегін медициналық көмек көрсету туралы;</p> <p>3. Нақты тұлғалар көрсетілген тәртіптік және әкімшілік-құқықтық ықпалдылық шараларын қолдану үшін негіздердің болуы туралы.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



негізде медициналық қан тапсырушы донорлардың кемінде 50 медициналық картасы.

4. Жедел медициналық көмек көрсету ұйымдарында:

- 1) тіркелген жағдайлардың жалпы санының кемінде 50% жағдайлары: бір тәулік ішінде бір ауру бойынша қайта шақыртулар; шақыртулар кезіндегі өлім-жітім: бригада келгенге дейінгі өлім, бригада келген кездегі өлім; жедел жәрдем бригадасы мен науқастарды емдеуге жатқызған стационардың қойған диагноздарының сәйкес келмеуі;
- 2) жалпы бейінді мамандандырылған бригадалардың шақыртуларға шығуының кемінде 10 медициналық картасы.

\* объективті емес, сапасыз өткізілген ішкі сараптама, сыртқы сараптама фактілерін белгілеу кезінде көрсетілген жағдайлардың 100 %-н қамтиды.

Медициналық қызметтер көрсету сапасына ішкі және сыртқы сараптамаларды ұйымдастыру мен жүргізу қағидаларына 4-қосымша

## Медициналық қызметтер көрсету сапасын бағалаудың сыртқы индикаторлары

р/с №	Индикаторлардың атауы	Өлшем бірлігі	Ақпараттың мерзімдігі	Ақпарат көзі	Шектік мәні
1	2	3	4	5	6

### Стационарлық көмек көрсететін ұйымдар үшін медициналық қызметтер көрсету сапасын бағалау индикаторлары

1	Жоспарлы емдеуге жатқызу кезінде қайтыс болғандардың үлес салмағы	Есепті кезеңде жоспарлы тәртіппен барлық түскендердің ішінде стационарда қайтыс	Ай сайын	Есептік деректер, стационарлық науқастың медициналық картасы (№ 003/у нысаны)	Индикатордың мәні нөлге жетуі тиіс
---	-------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	----------	-------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------

болғандардың саны

2	Жоспарлы емдеуге жатқызу кезінде операциядан кейінгі өлім-жітім	Есепті кезеңде жоспарлы тәртіппен барлық операция жасалғандар ішінде операциядан кейін стационарда қайтыс болғандардың саны	Ай сайын	Есептік деректер, стационарлық науқастың медициналық картасы (№ 003/у нысаны)	Индикатордың мәні нөлге жетуі тиіс
3	Есепті кезеңдегі ана өлім-жітімі жағдайларының саны, оның ішінде: - акушериялық қан кетулер; - гестоздар; - аборттар; - экстрагенитальдық патологиялар	Абсолюттік сан	Күн сайын	Медициналық ұйымның, перзентханалардың жүкті әйелдер мониторингінің деректері, ана өлім-жітімін есепке алу картасы (№ 2009-1/у нысаны)	Басқаруға жататын себептер бойынша индикатордың мәні нөлге жетуі тиіс
4	Есепті кезеңдегі балалар өлім-жітімі жағдайларының саны, оның ішінде: - тыныс алу органдары ауруларынан; - ішек инфекцияларынан; - туа біткен даму кемістіктерінен; - перинатальды кезеңдегі себептерден	Абсолюттік сан	Күн сайын	Туған, өлі туған, 5 жасқа дейінгі қайтыс болған балаларды есепке алу картасы (№ 2009/у нысаны)	Есепті кезең көрсеткіші мәнінен алдағы кезеңмен салыстырғанда 5%-ға кемуі
5	Ауруханаішілік инфекцияның көрсеткіші	Ауруханаішілік инфекциямен тіркелу жағдайларының саны	Ай сайын	Инфекциялық ауруларды есепке алу журналы (№ 060/у нысаны)	Индикатордың мәні нөлге жетуі тиіс

6	Қайта түсу көрсеткіші (бір айдың ішінде бір ауру бойынша)	Есепті мерзімде емдеуге жатқызғандар саны ішінде емделуге қайта жатқызылғандардың саны	Ай сайын	Есептік деректер, стационарлық науқастың медициналық картасы (№ 003/у нысаны), стационардан шыққан науқастың статистикалық картасы (066/у нысаны)	Индикатордың мәні нөлге жетуі тиіс
7	Клиникалық және патологоанатомиялық диагноздардың сәйкес келмеу жағдайлары	Есепті кезеңдегі жағдайлардың саны	Ай сайын	Патологоанатомиялық зерттеудің хаттамасы (013/у нысаны)	Индикатордың мәні нөлге жетуі тиіс
8	Өткен жылдың ұқсас кезеңімен салыстырғанда негізделген шағымдардың жалпы саны	Алдыңғы кезеңмен салыстырғанда негізделген шағымдардың саны	Ай сайын	Өтініштерді тіркеу журналы	Индикатордың мәні нөлге жетуі тиіс

**Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін ұйымдар үшін медициналық қызметтер көрсету сапасын бағалау индикаторлары**

9	Есепті кезең ішінде тіркелген халық арасындағы, оның ішінде еңбекке жарамды жастағылардың өлім-жітімінің көрсеткіші	Абсолюттік сан және 1000 адамға шаққандағы есеп көрсеткіші	Тоқсан сайын	Үйінің мекенжайы көрсетілген, облыстық статистикалық басқарманың деректері	Басқаруға жататын себептер бойынша есепті кезең көрсеткіштерінің алдыңғы кезеңмен салыстырғанда 5%-ға кемуі
10	БМСК деңгейінде алдын алуға болатын ана өлім-жітімі жағдайларының үлес салмағы	Фертильді жастағы тіркелген әйелдердің санына есепті кезеңде сараптамамен расталған алдын алуға болатын себептер ішінде	Күн сайын	Ана өлім-жітімін тіркеу картасы (2009/у-1/у нысаны) (МФҚБК сараптамасының нәтижесі бойынша БМСК деңгейінде алдын алуға болатын	Индикатордың мәні нөлге жетуі тиіс

	тұрғындар арасында тіркелген ана өлім-жітімі жағдайларының саны		ана өлім жағдайлары)	
11 БМСК (ЖИИ, ЖРИ) деңгейінде алдын алуға болатын 5 жасқа дейінгі балалар арасындағы өлім-жітім	Тіркелген тұрғындар арасында 0-ден 5 жасқа дейінгі балалар санына БМСК (ЖИИ, ЖРИ) деңгейінде алдын алуға болатын 0-ден 5 жасқа дейінгі балалар арасындағы өлім-жітім саны	Күн сайын	Туған, өлі туған, 5 жасқа дейінгі қайтыс болған балаларды есепке алу картасы (№ 2009/у нысаны)	Есепті кезең көрсеткіші мәнінің алдыңғы кезеңмен салыстырғанда 5%-ға кеміту
12 Жүктілік кері әсер ететін әйелдердің экстрагенитальды патологиясы бар ФЖӘ-нің жүкті болу жағдайлары	Тіркелген тұрғындардың арасында емдеуге жатқызылған жүкті әйелдердің жалпы санына шаққанда жүктілік кері әсер ететін әйелдердің экстрагенитальды патологиясы бар ФЖӘ-нің емдеуге жатқызылған жүктілік жағдайларының саны	Тоқсан сайын	Стационардан шыққан науқастың статистикалық картасы (066/у нысаны) «Жүкті әйелдер тіркелімі» бағдарламалық қамтамасыз ету	Индикатордың мәні нөлге жетуі тиіс
13 Өкпе туберкулезі ауруымен алғаш рет айқындалған науқастардың арасындағы асқынып кеткен жағдайлардың үлес салмағы	Тіркелген тұрғындардың арасында өкпе туберкулезі ауруымен алғаш рет айқындалған науқастардың санына шаққанда тіркелген тұрғындардың арасындағы асқынып кеткен	Тоқсан сайын	«Туберкулезбен ауыратын науқастар тіркелімі» бағдарламалық кешені	Есепті кезең көрсеткіші мәнінің алдыңғы кезеңмен салыстырғанда 5%-ға кеміту

жағдайлардың саны

<p>14 Тіркелген халық арасында жаңадан пайда болған 3-4 сатыдағы визуалды оқшауланған қатерлі ісік диагнозымен алғаш рет айқындалған жағдайлардың саны</p>	<p>Тіркелген тұрғындардың арасында жаңадан пайда болған визуалды оқшауланған қатерлі ісік диагнозымен алғаш рет айқындалған жағдайлардың санына тіркелген халық арасында жаңадан пайда болған 3-4 сатыдағы визуалды оқшауланған қатерлі ісік диагнозымен алғаш рет айқындалған жағдайлардың саны</p>	<p>Тоқсан сайын</p>	<p>«Онкология науқастарының тіркелімі» бағдарламалық кешені</p>	<p>Есепті кезеңнің көрсеткіші мәнінің алдыңғы кезеңмен салыстырғанда 5%-ға кемуі</p>
<p>15 Негізделген шағымдардың алдыңғы кезеңмен салыстырғанда есепті кезеңдегі жалпы саны</p>	<p>Өтініштердің жалпы санына арналған есеп</p>	<p>Ай сайын</p>	<p>Өтініштерді тіркеу журналы</p>	<p>Индикатордың мәні нөлге жетуі тиіс</p>
<p>16 Тіркелген халық саны ішінде: жүрек-қан тамыр жүйесі; артериалдық гипертензия; миокард инфаркты; инсульт аурулары асқынып, емдеуге жатқызылған науқастарды емдеуге жатқызу деңгейі</p>	<p>Тіркелген халық саны ішінде: жүрек-қан тамыр жүйесі; артериалдық гипертензия; миокард инфаркты; инсульт аурулары асқынып емделген аурулар санына 100 адамға шыққанда тіркелген халық санынан: жүрек-тамыр жүйесі; артериалдық гипертензия; миокард инфаркты; инсульт аурулары асқынып, емделген аурулар саны*.</p>	<p>Тоқсан сайын</p>	<p>Стационардан шыққан науқастың статистикалық картасы (066/у нысаны) (АХК-10: 110-113, 120-121, 160-166.9)</p>	<p>Есепті кезеңнің көрсеткіші мәнінің алдыңғы кезеңмен салыстырғанда 10%-ға кемуі</p>

**Ескертпе: аббревиатуралардың толық жазылуы:**

БМСК - бастапқы медициналық-санитарлық көмектер

ФЖӨ - фертильді жастағы әйелдер

ЖИИ - жіті ішек инфекциялары

ЖРИ – жіті респираторлық инфекция

ДТБК – дамудың туа біткен кемістігі

МФҚБК – Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық және фармацевтикалық қызметті бақылау комитеті

АХК-10 – аурудың халықаралық сыныптамасы Х қайта қарау

ААЖ – автоматтандырылған ақпараттық жүйе